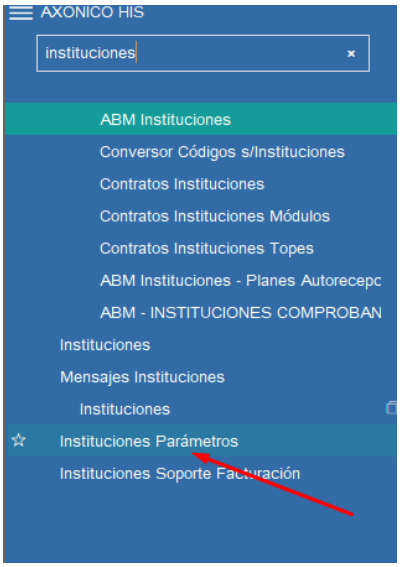
AXONICO HIS
OBJETOS DE IMPRESIÓN
FORMATO DE DETALLE
FACTURA

FORMATO DETALLE FACTURAS.

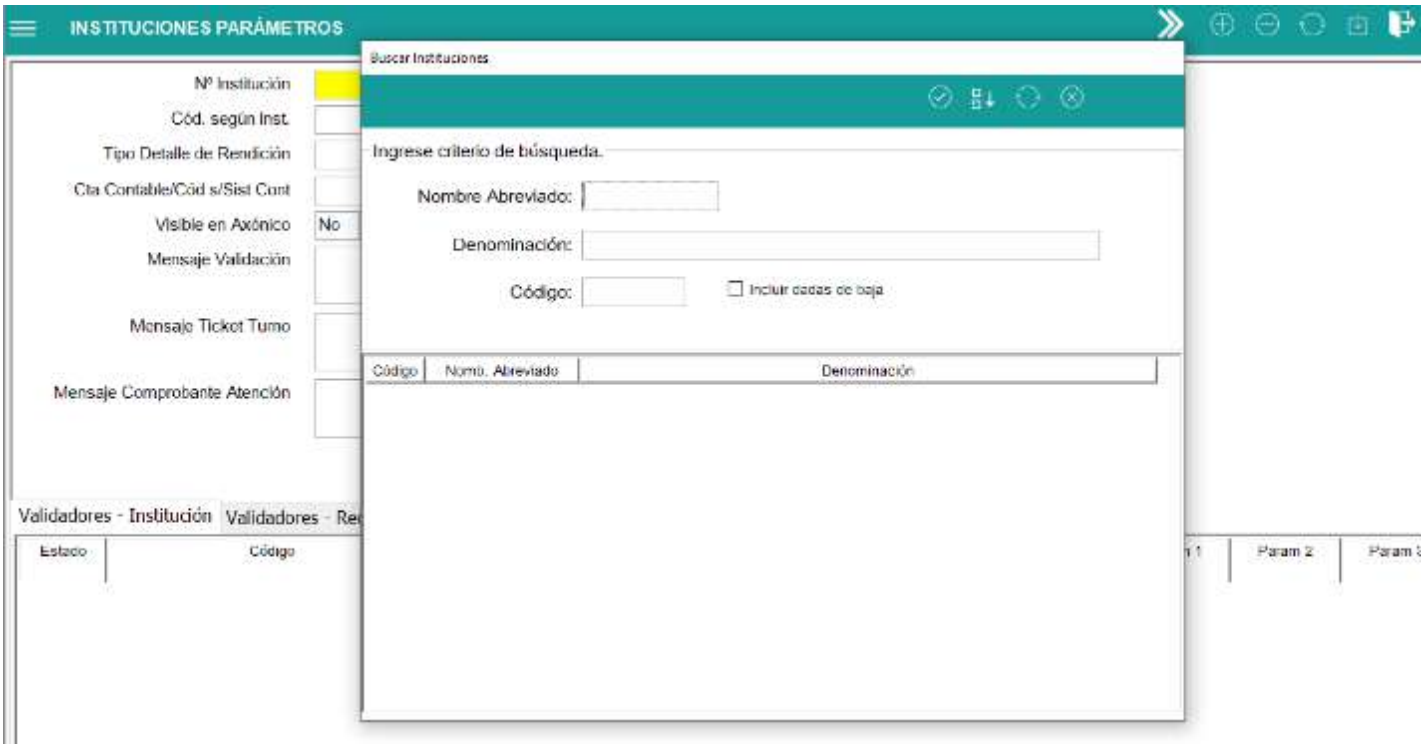
Este manual presenta los principales objetos de impresión disponibles y sus respectivos formatos. Su objetivo es facilitar la identificación y el uso de cada objeto, detallando los campos que contiene y la información que se muestra en cada uno.

Configuración:

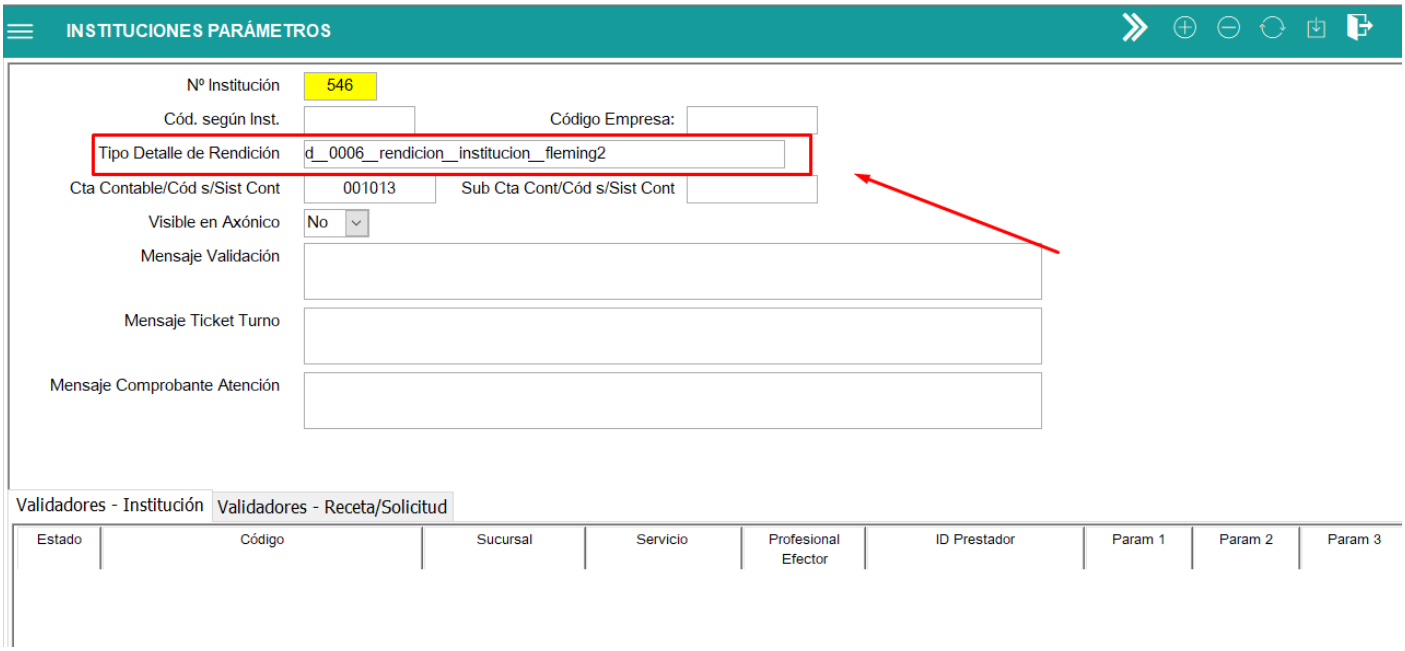
Para configurar el objeto de impresión se debe ir a la pantalla:



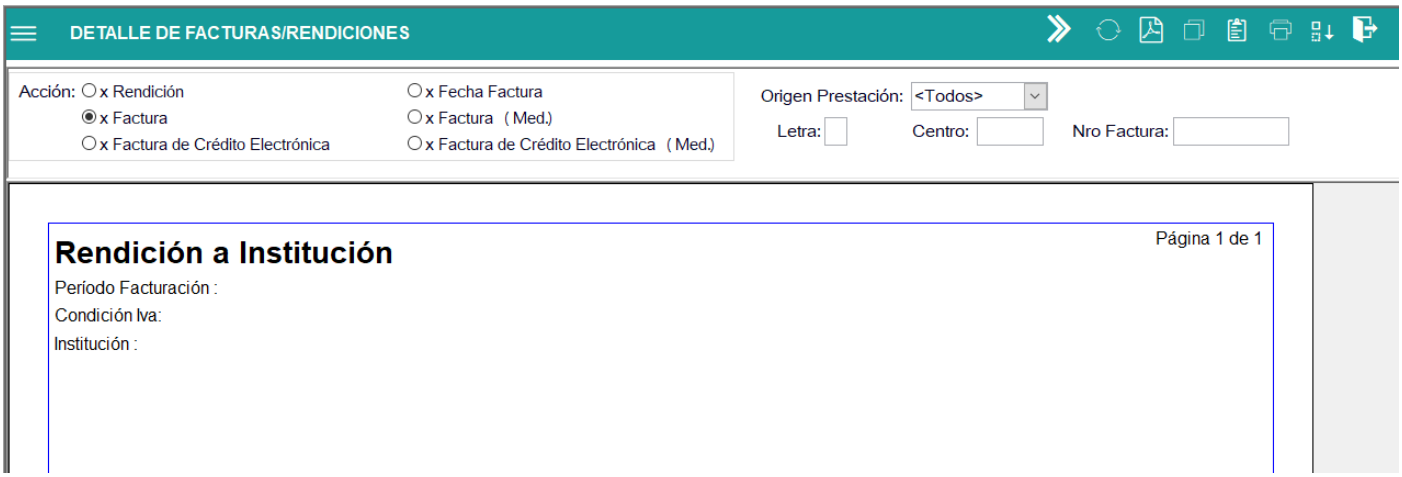
Realizar la búsqueda de la institución a partir de los filtros de la pantalla:
TABLAS MAESTRAS / INSTITUCIONES PARAMETROS



Lugar dónde configurar el objeto de impresión:



El resultado de esta configuración se verá en (DETALLE DE FACTURA/RENDICIONES):



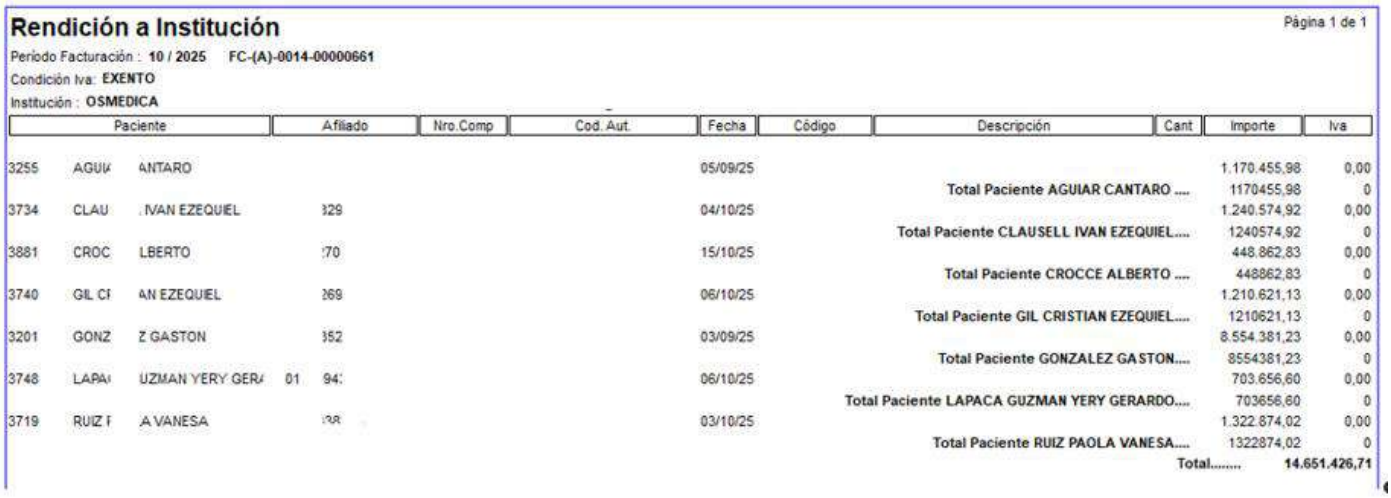
OBJETOS LISTADOS.

d_0006_rendicion_institucion_delparque
d_0006_rendicion_institucion_cruzdelsur
d_0006_rendicion_institucion_corm
d_0006_rendicion_institucion_cnq
d_0006_rendicion_institucion_cempenta_dni
d_0006_rendicion_institucion_cempenta
d_0006_rendicion_institucion_castano
d_0006_rendicion_institucion_ave_x_plan
d_0006_rendicion_institucion_ave
d_0006_rendicion_institucion_ap1
d_0006_rendicion_institucion_amta_art
d_0006_rendicion_institucion_amta
d_0006_rendicion_institucion_americano2
d_0006_rendicion_institucion_americano
d_0006_rendicion_institucion_altamira
d_0006_rendicion_institucion_alcla1
d_0006_rendicion_institucion_zo
d_0006_rendicion_institucion_z
d_0006_rendicion_institucion_xservicio
d_0006_rendicion_institucion_ti
d_0006_rendicion_institucion_sa_issn
d_0006_rendicion_institucion_sa
d_0006_rendicion_institucion_res
d_0006_rendicion_institucion_quimicos
d_0006_rendicion_institucion_por_prof
d_0006_rendicion_institucion_lezama
d_0006_rendicion_institucion_mons
d_0006_rendicion_institucion_kin
d_0006_rendicion_institucion_ki1
d_0006_rendicion_institucion_ki3
d_0006_rendicion_institucion_itac_v
d_0006_rendicion_institucion_itac
d_0006_rendicion_institucion_itac_2
d_0006_rendicion_institucion_hirsch
d_0006_rendicion_institucion_fleming
d_0006_rendicion_institucion_fleming2

OBJETOS DE IMPRESIÓN Y SUS RESULTADOS:

d_0006_rendicion_institucion_delparque

Nombre Apellido/ Nro Afiliado / Nro Comprobante / Cod. Autorización / Fecha / Descripción / Cantidad / Importe / Iva



Rendición a Institución

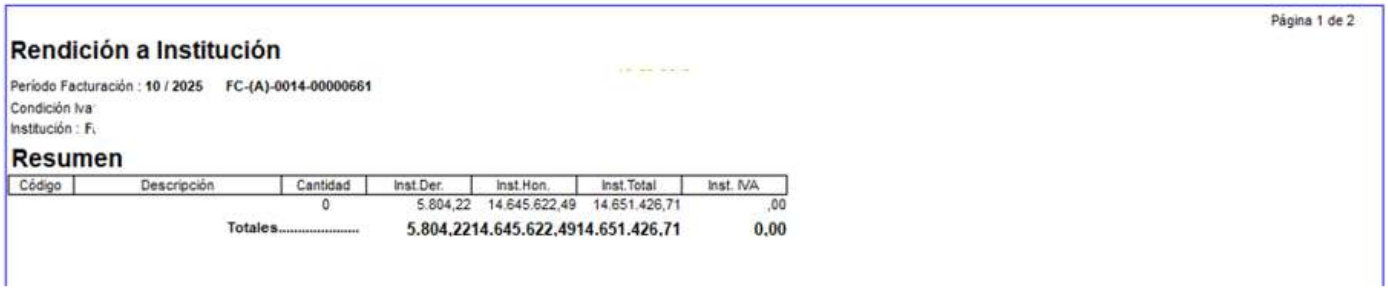
Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**
Condición Iva: **EXENTO**
Institución : **OSMEDICA**

Paciente	Afiliado	Nro.Comp	Cod. Aut.	Fecha	Código	Descripción	Cant	Importe	Iva
3255 AGUI ANTARO				05/09/25				1.170.455,98	0,00
						Total Paciente AGUIAR CANTARO		1170455,98	0
3734 CLAU . IVAN EZEQUIEL	329			04/10/25				1.240.574,92	0,00
						Total Paciente CLAUSELL IVAN EZEQUIEL....		1240574,92	0
3881 CROC LBERTO	70			15/10/25				448.862,83	0,00
						Total Paciente CROCCE ALBERTO		448862,83	0
3740 GIL CI AN EZEQUIEL	269			06/10/25				1.210.621,13	0,00
						Total Paciente GIL CRISTIAN EZEQUIEL....		1210621,13	0
3201 GONZ Z GASTON	352			03/09/25				8.554.381,23	0,00
						Total Paciente GONZALEZ GASTON....		8554381,23	0
3748 LAPA UZMAN YERY GERA 01	94			06/10/25				703.656,60	0,00
						Total Paciente LAPACA GUZMAN YERY GERARDO....		703656,60	0
3719 RUIZ I A VANESA	38			03/10/25				1.322.874,02	0,00
						Total Paciente RUIZ PAOLA VANESA....		1322874,02	0
						Total.....		**14.651.426,71**	

d_0006_rendicion_institucion_cruzdelsur

Resumen: Código / Descripción / Cantidad / Inst Der / Inst Hon / Inst Total / Institución IVA



Página 1 de 2

Rendición a Institución

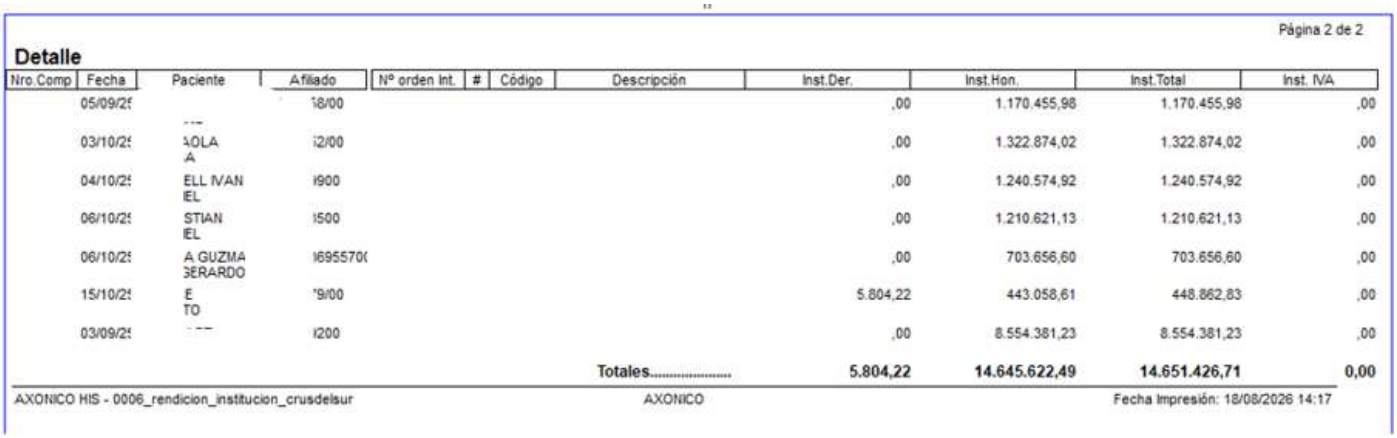
Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**
Condición Iva:
Institución : F

Resumen

Código	Descripción	Cantidad	Inst.Der.	Inst.Hon.	Inst.Total	Inst. IVA
		0	5.804,22	14.645.622,49	14.651.426,71	,00
	Totales.....		**5.804,22**	**14.645.622,49**	**14.651.426,71**	**0,00**

Detalle:

Nro Comprobante / Fecha / Apellido Nombre / Nro Afiliado / Nro orden / cantidad / Código / Descripción / Inst. Honorarios / Inst. Total / Inst. IVA



Página 2 de 2

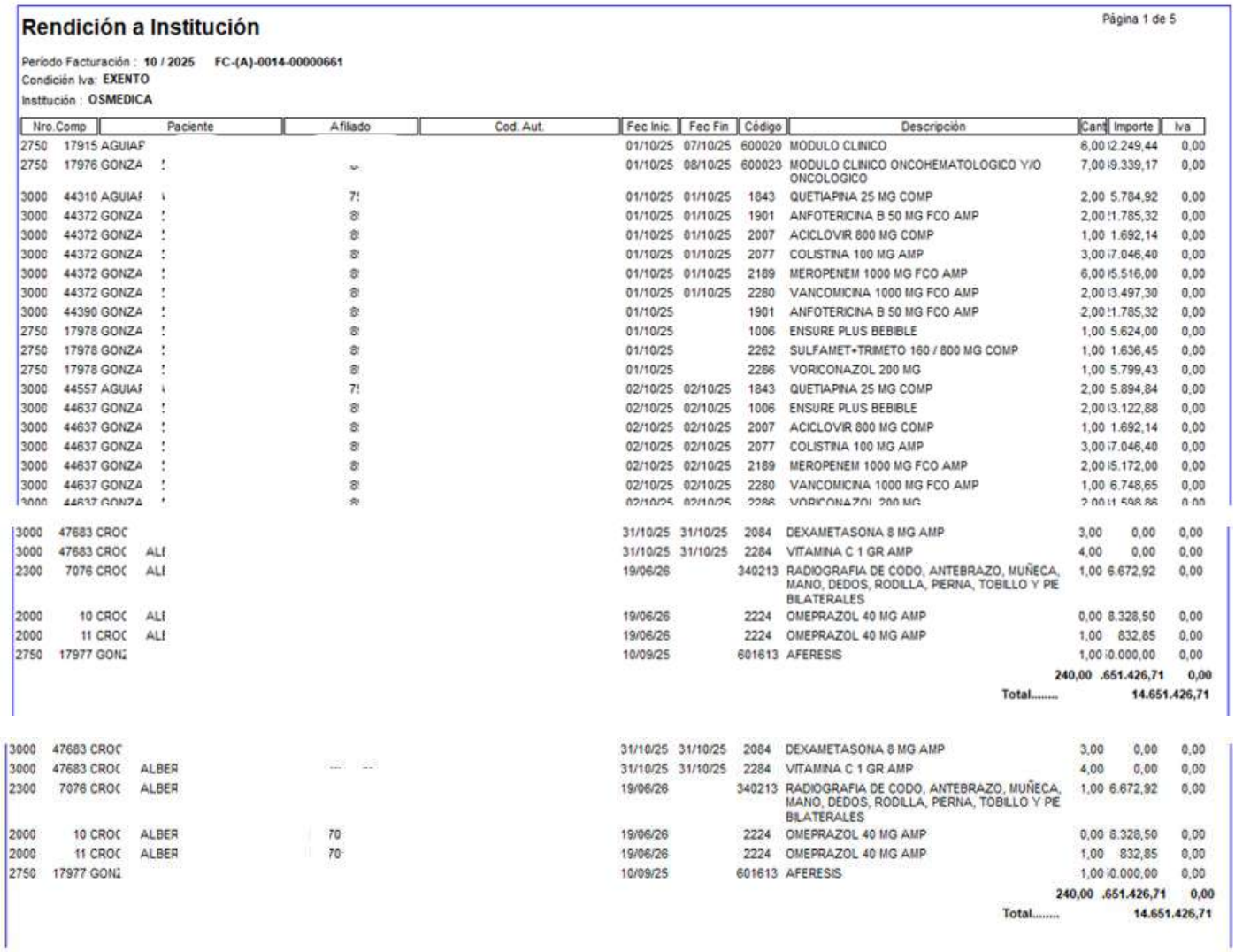
Detalle

Nro.Comp	Fecha	Paciente	Afiliado	Nº orden Int.	#	Código	Descripción	Inst.Der.	Inst.Hon.	Inst.Total	Inst. IVA
	05/09/25		18/00					,00	1.170.455,98	1.170.455,98	,00
	03/10/25	AOLA A	2/00					,00	1.322.874,02	1.322.874,02	,00
	04/10/25	ELL IVAN IEL	900					,00	1.240.574,92	1.240.574,92	,00
	06/10/25	STIAN IEL	500					,00	1.210.621,13	1.210.621,13	,00
	06/10/25	A GUZMA GERARDO	695570(					,00	703.656,60	703.656,60	,00
	15/10/25	E TO	9/00					5.804,22	443.058,61	448.862,83	,00
	03/09/25		200					,00	8.554.381,23	8.554.381,23	,00
							Totales.....	**5.804,22**	**14.645.622,49**	**14.651.426,71**	**0,00**

AXONICO HIS - 0006_rendicion_institucion_crusdelsur AXONICO Fecha Impresión: 18/08/2026 14:17

d_0006_rendicion_institucion_corm

Número Comprobante / Apellido Nombre / Número Afiliado / Cod. Autorización / Fecha inicio / Fecha fin / Código / Prestación / Cantidad / Importe / IVA



Rendición a Institución

Página 1 de 5

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**
Condición Iva: **EXENTO**
Institución : **OSMEDICA**

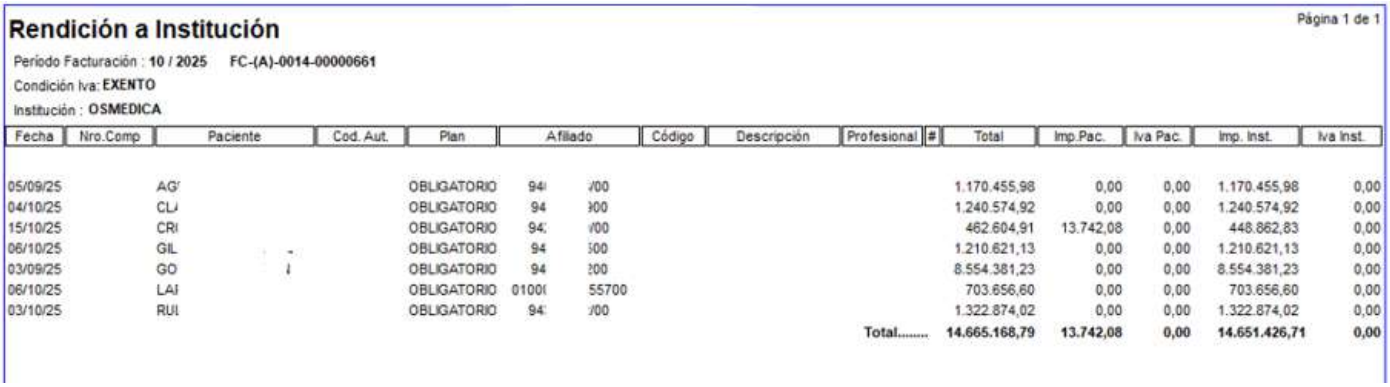
Nro.Comp	Paciente	Afiliado	Cod. Aut.	Fec Inic.	Fec Fin	Código	Descripción	Cant	Importe	Iva
2750	17915 AGUIAF			01/10/25	07/10/25	600020	MODULO CLINICO	6,00	2.249,44	0,00
2750	17976 GONZA			01/10/25	08/10/25	600023	MODULO CLINICO ONCOHEMATOLOGICO Y/O ONCOLOGICO	7,00	9.339,17	0,00
3000	44310 AGUIAF	7		01/10/25	01/10/25	1843	QUETIAPINA 25 MG COMP	2,00	5.784,92	0,00
3000	44372 GONZA	8		01/10/25	01/10/25	1901	ANFOTERICINA B 50 MG FCO AMP	2,00	1.785,32	0,00
3000	44372 GONZA	8		01/10/25	01/10/25	2007	ACICLOVIR 800 MG COMP	1,00	1.692,14	0,00
3000	44372 GONZA	8		01/10/25	01/10/25	2077	COLISTINA 100 MG AMP	3,00	7.046,40	0,00
3000	44372 GONZA	8		01/10/25	01/10/25	2189	MEROPENEM 1000 MG FCO AMP	6,00	5.516,00	0,00
3000	44372 GONZA	8		01/10/25	01/10/25	2280	VANCOMICINA 1000 MG FCO AMP	2,00	3.497,30	0,00
3000	44390 GONZA	8		01/10/25		1901	ANFOTERICINA B 50 MG FCO AMP	2,00	1.785,32	0,00
2750	17978 GONZA	8		01/10/25		1006	ENSURE PLUS BEBIBLE	1,00	5.624,00	0,00
2750	17978 GONZA	8		01/10/25		2262	SULFAMET+TRIMETO 160 / 800 MG COMP	1,00	1.636,45	0,00
2750	17978 GONZA	8		01/10/25		2286	VORICONAZOL 200 MG	1,00	5.799,43	0,00
3000	44557 AGUIAF	7		02/10/25	02/10/25	1843	QUETIAPINA 25 MG COMP	2,00	5.894,84	0,00
3000	44637 GONZA	8		02/10/25	02/10/25	1006	ENSURE PLUS BEBIBLE	2,00	3.122,88	0,00
3000	44637 GONZA	8		02/10/25	02/10/25	2007	ACICLOVIR 800 MG COMP	1,00	1.692,14	0,00
3000	44637 GONZA	8		02/10/25	02/10/25	2077	COLISTINA 100 MG AMP	3,00	7.046,40	0,00
3000	44637 GONZA	8		02/10/25	02/10/25	2189	MEROPENEM 1000 MG FCO AMP	2,00	5.172,00	0,00
3000	44637 GONZA	8		02/10/25	02/10/25	2280	VANCOMICINA 1000 MG FCO AMP	1,00	6.748,65	0,00
3000	44637 GONZA	8		02/10/25	02/10/25	2286	VORICONAZOL 200 MG	2,00	11.598,86	0,00
3000	47683 CROC			31/10/25	31/10/25	2084	DEXAMETASONA 8 MG AMP	3,00	0,00	0,00
3000	47683 CROC	ALE		31/10/25	31/10/25	2284	VITAMINA C 1 GR AMP	4,00	0,00	0,00
2300	7076 CROC	ALE		19/06/26		340213	RADIOGRAFIA DE CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO, DEDOS, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE BILATERALES	1,00	6.672,92	0,00
2000	10 CROC	ALE		19/06/26		2224	OMEPRAZOL 40 MG AMP	0,00	8.328,50	0,00
2000	11 CROC	ALE		19/06/26		2224	OMEPRAZOL 40 MG AMP	1,00	832,85	0,00
2750	17977 GONZ			10/09/25		601613	AFERESIS	1,00	0.000,00	0,00
								240,00	**.651.426,71**	**0,00**
							Total.....		**14.651.426,71**	

3000	47683 CROC			31/10/25	31/10/25	2084	DEXAMETASONA 8 MG AMP	3,00	0,00	0,00
3000	47683 CROC	ALBER		31/10/25	31/10/25	2284	VITAMINA C 1 GR AMP	4,00	0,00	0,00
2300	7076 CROC	ALBER		19/06/26		340213	RADIOGRAFIA DE CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO, DEDOS, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE BILATERALES	1,00	6.672,92	0,00
2000	10 CROC	ALBER	70	19/06/26		2224	OMEPRAZOL 40 MG AMP	0,00	8.328,50	0,00
2000	11 CROC	ALBER	70	19/06/26		2224	OMEPRAZOL 40 MG AMP	1,00	832,85	0,00
2750	17977 GONZ			10/09/25		601613	AFERESIS	1,00	0.000,00	0,00
								240,00	**.651.426,71**	**0,00**
							Total.....		**14.651.426,71**	

d_0006_rendicion_institucion_cnq

Fecha / Número Comprobante / Apellido Nombre / Código aut. / Plan / Número Afiliado /

Código / Descripción / Profesional / Total / Imp. Paciente / IVA Paciente / Imp. Inst. / IVA Inst.



Rendición a Institución

Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

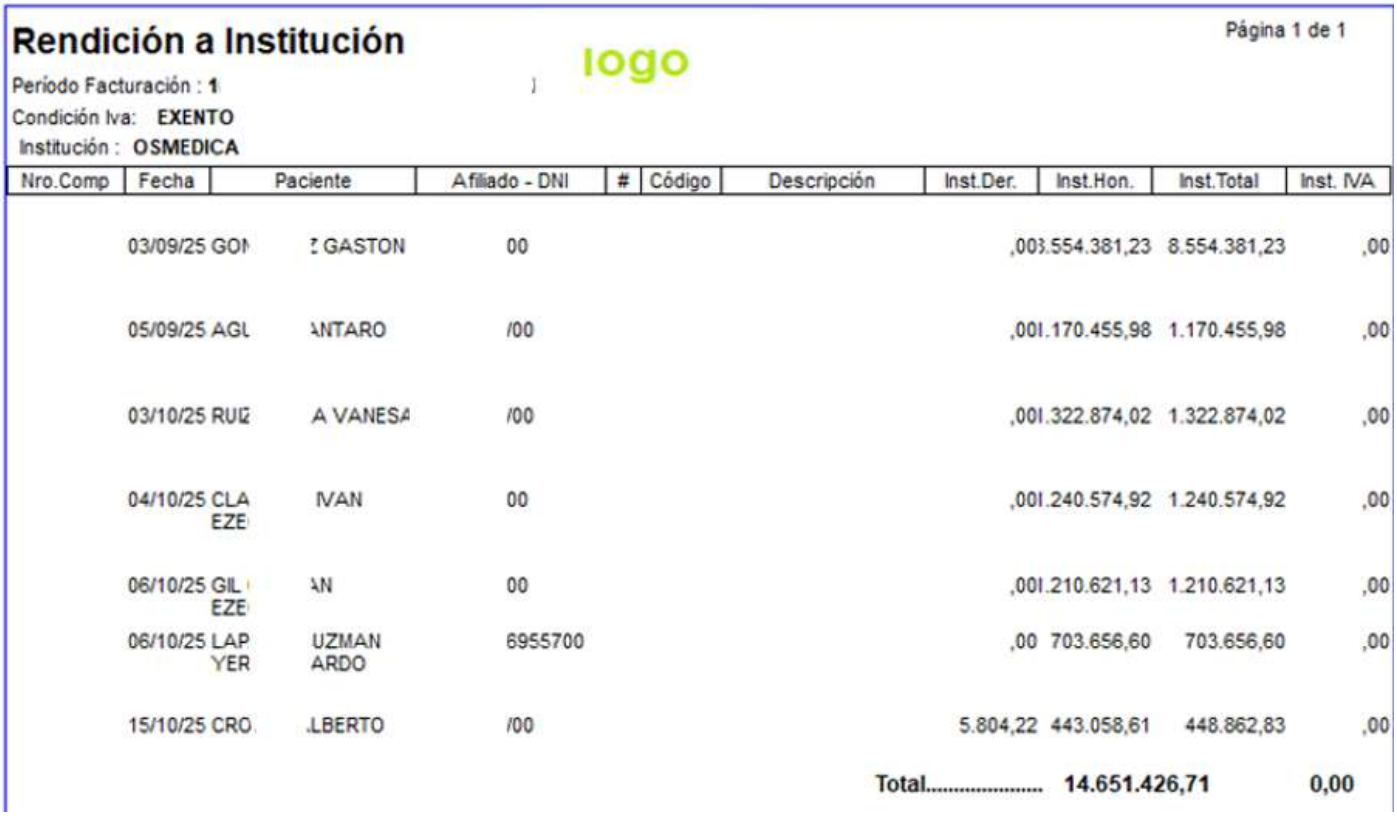
Condición Iva: **EXENTO**

Institución : **OSMEDICA**

Fecha	Nro.Comp	Paciente	Cod. Aut.	Plan	Afiliado	Código	Descripción	Profesional	#	Total	Imp.Pac.	Iva Pac.	Imp. Inst.	Iva Inst.
05/09/25	AG			OBLIGATORIO	94	/00				1.170.455,98	0,00	0,00	1.170.455,98	0,00
04/10/25	CL			OBLIGATORIO	94	00				1.240.574,92	0,00	0,00	1.240.574,92	0,00
15/10/25	CR			OBLIGATORIO	94	/00				462.604,91	13.742,08	0,00	448.862,83	0,00
06/10/25	GIL			OBLIGATORIO	94	00				1.210.621,13	0,00	0,00	1.210.621,13	0,00
03/09/25	GO			OBLIGATORIO	94	00				8.554.381,23	0,00	0,00	8.554.381,23	0,00
06/10/25	LA			OBLIGATORIO	0100	55700				703.656,60	0,00	0,00	703.656,60	0,00
03/10/25	RU			OBLIGATORIO	94	/00				1.322.874,02	0,00	0,00	1.322.874,02	0,00
									Total.....	**14.665.168,79**	**13.742,08**	**0,00**	**14.651.426,71**	**0,00**

d_0006_rendicion_institucion_cempenta_dni

Número Comprobante / Fecha / Apellido Nombre / Número Afiliado DNI / Código / Descripción / Inst. Der. / Inst. Hon / Inst. Total / Inst. IVA



Rendición a Institución

Página 1 de 1

logo

Período Facturación : **1**

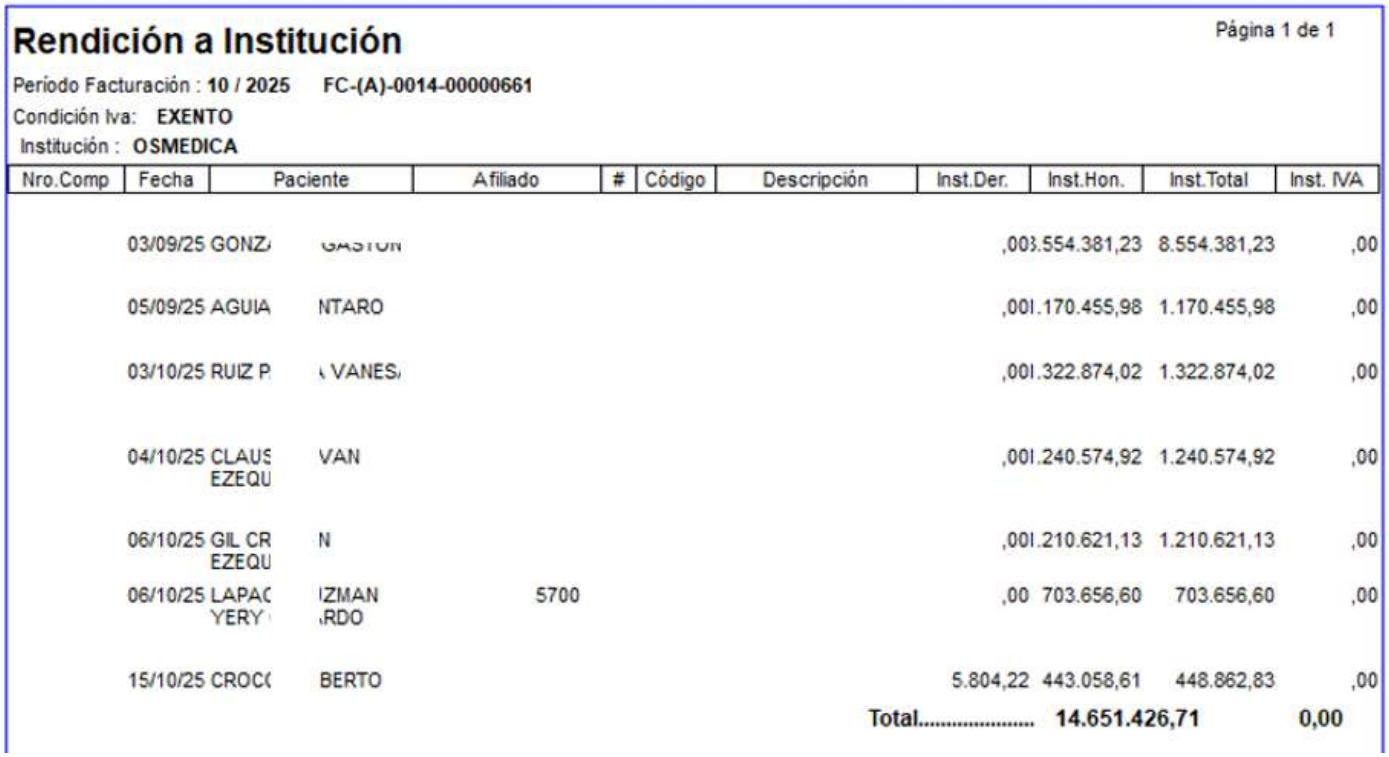
Condición Iva: **EXENTO**

Institución : **OSMEDICA**

Nro.Comp	Fecha	Paciente	Afiliado - DNI	#	Código	Descripción	Inst.Der.	Inst.Hon.	Inst.Total	Inst. IVA
	03/09/25 GO	GASTON	00				,00	8.554.381,23	8.554.381,23	,00
	05/09/25 AG	ANTARO	/00				,00	1.170.455,98	1.170.455,98	,00
	03/10/25 RU	A VANESA	/00				,00	1.322.874,02	1.322.874,02	,00
	04/10/25 CLA EZE	IVAN	00				,00	1.240.574,92	1.240.574,92	,00
	06/10/25 GIL EZE	AN	00				,00	1.210.621,13	1.210.621,13	,00
	06/10/25 LAP YER	UZMAN ARDO	6955700				,00	703.656,60	703.656,60	,00
	15/10/25 CRO	LBERTO	/00				5.804,22	443.058,61	448.862,83	,00
						Total.....		**14.651.426,71**		**0,00**

d_0006_rendicion_institucion_cempenta

Número Comprobante / Fecha / Apellido Nombre / Número Afiliado / Código / Descripción / Inst. Der / Inst. Hon. / Inst. Total / Inst. IVA



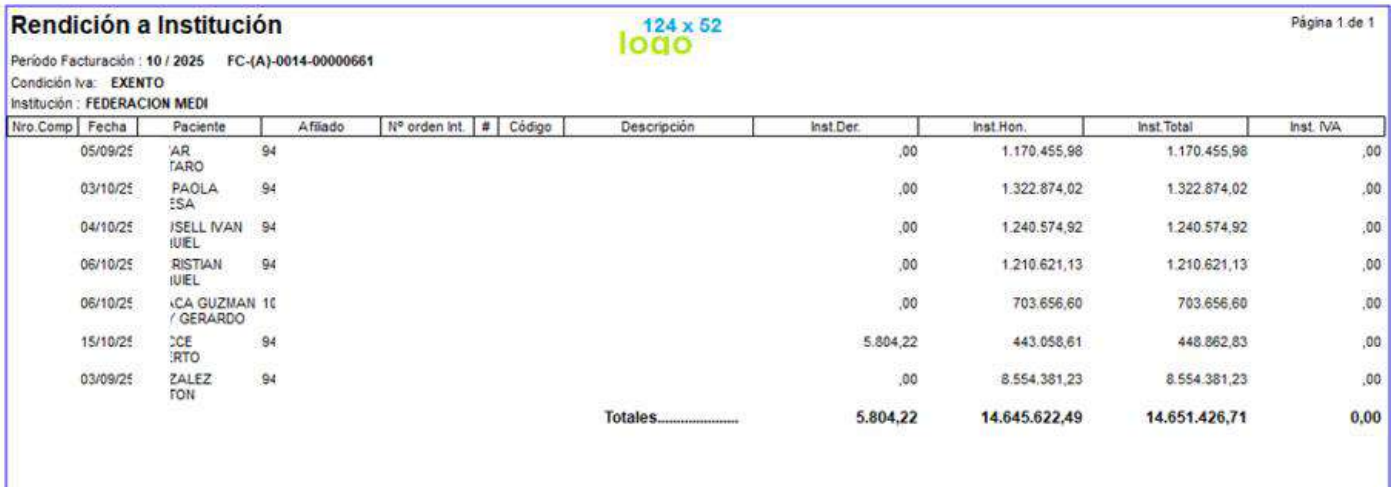
Rendición a Institución Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**
Condición Iva: **EXENTO**
Institución : **OSMEDICA**

Nro.Comp	Fecha	Paciente	Afiliado	#	Código	Descripción	Inst.Der.	Inst.Hon.	Inst.Total	Inst. IVA
	03/09/25	GONZ/ GASTON					,003.554.381,23	8.554.381,23		,00
	05/09/25	AGUIA NTARO					,001.170.455,98	1.170.455,98		,00
	03/10/25	RUIZ P. \ VANES/					,001.322.874,02	1.322.874,02		,00
	04/10/25	CLAUS EZEQU VAN					,001.240.574,92	1.240.574,92		,00
	06/10/25	GIL CR EZEQU N					,001.210.621,13	1.210.621,13		,00
	06/10/25	LAPAC YERY IZMAN ARDO	5700				,00	703.656,60	703.656,60	,00
	15/10/25	CROC(BERTO					5.804,22	443.058,61	448.862,83	,00
						Total.....		**14.651.426,71**		**0,00**

d_0006_rendicion_institucion_castano

Número de comprobante / Fecha / Apellido Nombre / Número Afiliado / Número orden int. / # / Código / Descripción / Inst. Der. / Inst. Hon. / Inst. Total / Inst. IVA



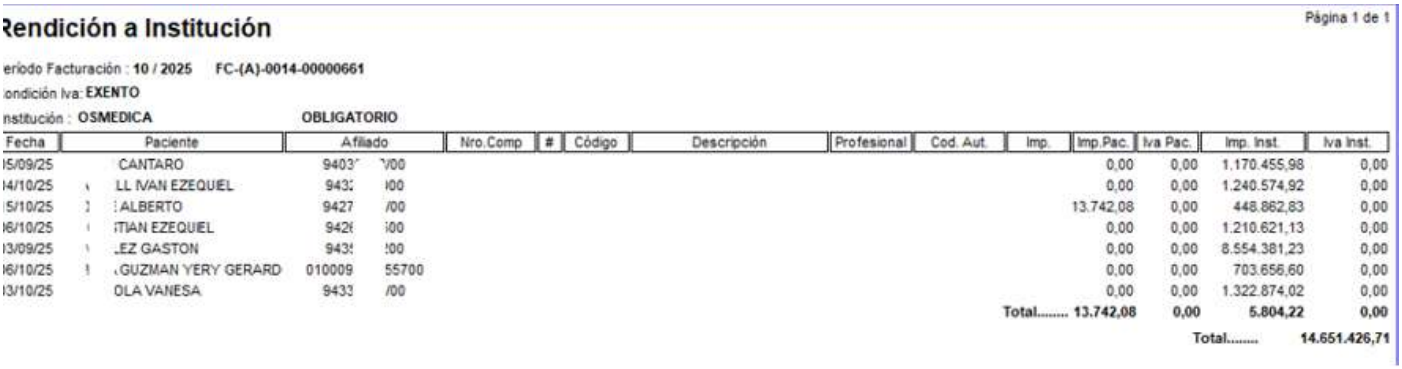
Rendición a Institución Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**
Condición Iva: **EXENTO**
Institución : **FEDERACION MEDI**

Nro.Comp	Fecha	Paciente	Afiliado	Nº orden Int.	#	Código	Descripción	Inst.Der.	Inst.Hon.	Inst.Total	Inst. IVA
	05/09/25	AR TARO	94					,00	1.170.455,98	1.170.455,98	,00
	03/10/25	PAOLA ESA	94					,00	1.322.874,02	1.322.874,02	,00
	04/10/25	ISELL IVAN IUEL	94					,00	1.240.574,92	1.240.574,92	,00
	06/10/25	RISTIAN IUEL	94					,00	1.210.621,13	1.210.621,13	,00
	06/10/25	ACA GUZMAN / GERARDO	10					,00	703.656,60	703.656,60	,00
	15/10/25	CCE RTO	94					5.804,22	443.058,61	448.862,83	,00
	03/09/25	ZALEZ TON	94					,00	8.554.381,23	8.554.381,23	,00
							Totales.....	**5.804,22**	**14.645.622,49**	**14.651.426,71**	**0,00**

d_0006_rendicion_institucion_ave_x_plan

Fecha / Apellido Nombre / Número Afiliado / Número Comprobante / # / Código / Descripción / Profesional / Cod. Aut. / Imp. / Imp. Pac. / IVA Pac / Imp. Inst. / IVA Inst.



Rendición a Institución

Página 1 de 1

eríodo Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

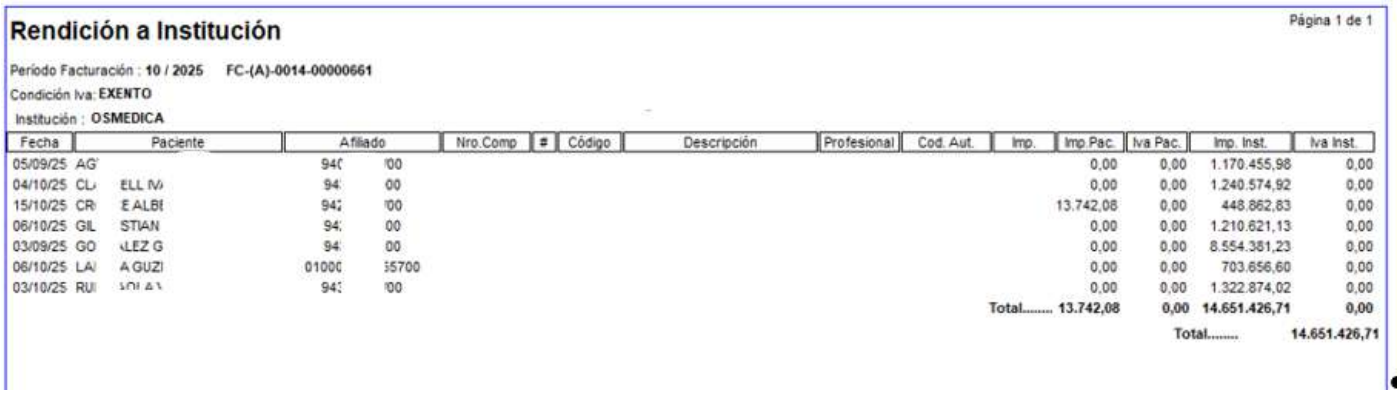
ondición Iva: **EXENTO**

nstitución : **OSMEDICA** **OBLIGATORIO**

Fecha	Paciente	Afiliado	Nro.Comp	#	Código	Descripción	Profesional	Cod. Aut.	Imp.	Imp.Pac.	Iva Pac.	Imp. Inst.	Iva Inst.
5/09/25	CANTARO	9403 /00								0,00	0,00	1.170.455,98	0,00
4/10/25	LL IVAN EZEQUEL	943 /00								0,00	0,00	1.240.574,92	0,00
5/10/25	ALBERTO	9427 /00								13.742,08	0,00	448.862,83	0,00
6/10/25	ITIAN EZEQUEL	942 /00								0,00	0,00	1.210.621,13	0,00
3/09/25	EZ GASTON	943 /00								0,00	0,00	8.554.381,23	0,00
6/10/25	GUZMAN YERY GERARD	010009 55700								0,00	0,00	703.656,60	0,00
3/10/25	OLA VANESA	943 /00								0,00	0,00	1.322.874,02	0,00
									Total.....	**13.742,08**	**0,00**	**5.804,22**	**0,00**
												Total.....	**14.651.426,71**

d_0006_rendicion_institucion_ave

Fecha / Apellido Nombre / Número Afiliado / Nro Comprobante / # / Código / Descripción / Profesional / Cod. Aut / Imp / Imp. Pac. / IVA Pac / Imp Inst. / IVA inst



Rendición a Institución

Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

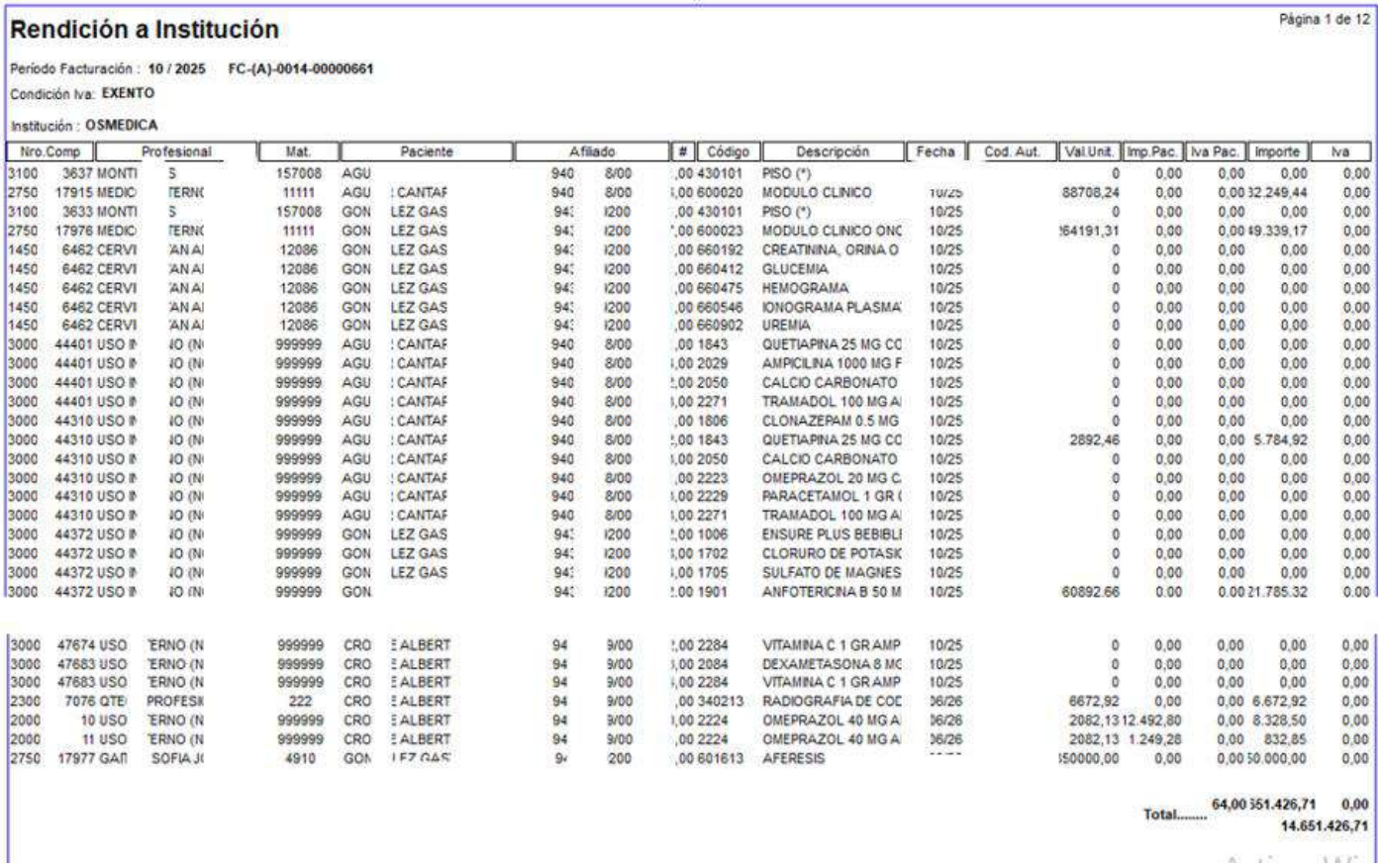
Condición Iva: **EXENTO**

Institución : **OSMEDICA**

Fecha	Paciente	Afiliado	Nro.Comp	#	Código	Descripción	Profesional	Cod. Aut.	Imp.	Imp.Pac.	Iva Pac.	Imp. Inst.	Iva Inst.
05/09/25	AG	940 00								0,00	0,00	1.170.455,98	0,00
04/10/25	CL ELL IV	94 00								0,00	0,00	1.240.574,92	0,00
15/10/25	CR E ALBI	942 00								13.742,08	0,00	448.862,83	0,00
06/10/25	GIL STIAN	94 00								0,00	0,00	1.210.621,13	0,00
03/09/25	GO LEZ G	94 00								0,00	0,00	8.554.381,23	0,00
06/10/25	LA A GUZI	01000 55700								0,00	0,00	703.656,60	0,00
03/10/25	RU OLA V	943 00								0,00	0,00	1.322.874,02	0,00
									Total.....	**13.742,08**	**0,00**	**14.651.426,71**	**0,00**
												Total.....	**14.651.426,71**

d_0006_rendicion_institucion_ap1

Nro Comprobante / Profesional / Matricula / Apellido Nombre / Número afiliado / # / Código / Descripción / Fecha / Cod. Aut. / Val. Unitario/ Imp. Pac/ Iva. Pac/ Importe / IVA



Rendición a Institución

Página 1 de 12

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

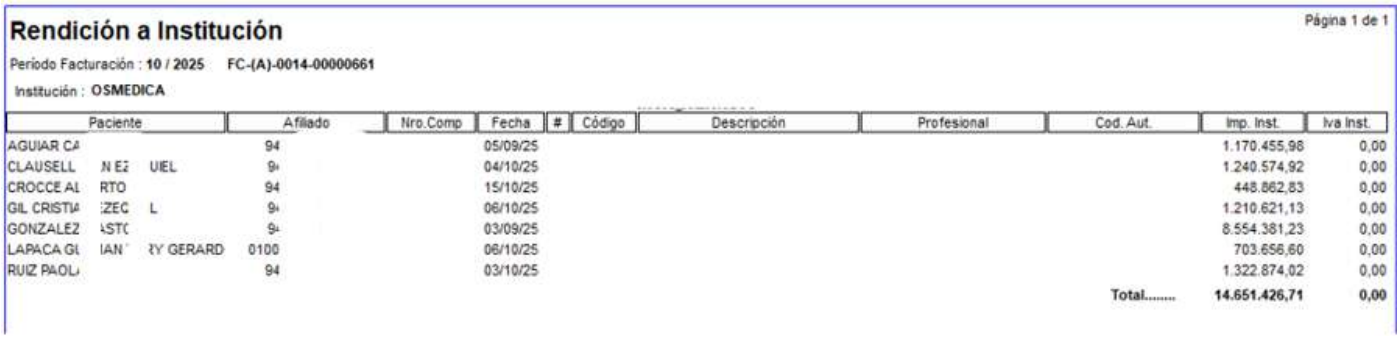
Condición Iva: **EXENTO**

Institución : **OSMEDICA**

Nro.Comp	Profesional	Mat.	Paciente	Afiliado	#	Código	Descripción	Fecha	Cod. Aut.	Val.Unit.	Imp.Pac.	Iva Pac.	Importe	Iva
3100 3637 MONTI S	157008	AGU		940	8/00	,00 430101	PISO (*)			0	0,00	0,00	0,00	0,00
2750 17915 MEDIC TERN(	11111	AGU	CANTAF	940	8/00	,00 600020	MODULO CLINICO	10/25		88708,24	0,00	0,00	32.249,44	0,00
3100 3633 MONTI S	157008	GON	LEZ GAS	94(	I200	,00 430101	PISO (*)	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
2750 17976 MEDIC TERN(	11111	GON	LEZ GAS	94(	I200	,00 600023	MODULO CLINICO ONC	10/25		164191,31	0,00	0,00	49.339,17	0,00
1450 6462 CERVI AN AI	12086	GON	LEZ GAS	94(	I200	,00 660192	CREATININA, ORINA O	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
1450 6462 CERVI AN AI	12086	GON	LEZ GAS	94(	I200	,00 660412	GLUCEMIA	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
1450 6462 CERVI AN AI	12086	GON	LEZ GAS	94(	I200	,00 660475	HEMOGRAMA	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
1450 6462 CERVI AN AI	12086	GON	LEZ GAS	94(	I200	,00 660546	IONOGRAMA PLASMA	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
1450 6462 CERVI AN AI	12086	GON	LEZ GAS	94(	I200	,00 660802	UREMIA	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44401 USO IO (N	999999	AGU	CANTAF	940	8/00	,00 1843	QUETIAPINA 25 MG CC	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44401 USO IO (N	999999	AGU	CANTAF	940	8/00	,00 2029	AMPICILINA 1000 MG F	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44401 USO IO (N	999999	AGU	CANTAF	940	8/00	,00 2050	CALCIO CARBONATO	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44401 USO IO (N	999999	AGU	CANTAF	940	8/00	,00 2271	TRAMADOL 100 MG AI	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44310 USO IO (N	999999	AGU	CANTAF	940	8/00	,00 1806	CLONAZEPAM 0.5 MG	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44310 USO IO (N	999999	AGU	CANTAF	940	8/00	,00 1843	QUETIAPINA 25 MG CC	10/25		2892,46	0,00	0,00	5.784,92	0,00
3000 44310 USO IO (N	999999	AGU	CANTAF	940	8/00	,00 2050	CALCIO CARBONATO	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44310 USO IO (N	999999	AGU	CANTAF	940	8/00	,00 2223	OMEPRAZOL 20 MG C	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44310 USO IO (N	999999	AGU	CANTAF	940	8/00	,00 2229	PARACETAMOL 1 GR (	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44310 USO IO (N	999999	AGU	CANTAF	940	8/00	,00 2271	TRAMADOL 100 MG AI	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44372 USO IO (N	999999	GON	LEZ GAS	94(	I200	,00 1006	ENSURE PLUS BEBIBLI	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44372 USO IO (N	999999	GON	LEZ GAS	94(	I200	,00 1702	CLORURO DE POTASIC	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44372 USO IO (N	999999	GON	LEZ GAS	94(	I200	,00 1705	SULFATO DE MAGNES	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 44372 USO IO (N	999999	GON		94(	I200	,00 1901	ANFOTERICINA B 50 M	10/25		60892,66	0,00	0,00	21.785,32	0,00
3000 47674 USO TERNO (N	999999	CRO	E ALBERT	94	9/00	,00 2284	VITAMINA C 1 GR AMP	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 47683 USO TERNO (N	999999	CRO	E ALBERT	94	9/00	,00 2084	DEXAMETASONA 8 MC	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
3000 47683 USO TERNO (N	999999	CRO	E ALBERT	94	9/00	,00 2284	VITAMINA C 1 GR AMP	10/25		0	0,00	0,00	0,00	0,00
2300 7076 QTE PROFESI	222	CRO	E ALBERT	94	9/00	,00 340213	RADIOGRAFIA DE COL	06/26		6672,92	0,00	0,00	6.672,92	0,00
2000 10 USO TERNO (N	999999	CRO	E ALBERT	94	9/00	,00 2224	OMEPRAZOL 40 MG AI	06/26		2082,13	12.492,80	0,00	8.328,50	0,00
2000 11 USO TERNO (N	999999	CRO	E ALBERT	94	9/00	,00 2224	OMEPRAZOL 40 MG AI	06/26		2082,13	1.249,28	0,00	832,85	0,00
2750 17977 GAI SOFIA J(	4910	GON	LEZ GAS	9(	200	,00 601613	AFERESIS			50000,00	0,00	0,00	50.000,00	0,00
									Total.....		64,00	351.426,71		0,00
												14.651.426,71		

d_0006_rendicion_institucion_amta_art

Apellido Nombre / Número Afiliado / Nro Comprobante / Fecha / # / Descripción / Profesional / Cod. Aut. / Imp. inst



Rendición a Institución

Página 1 de 1

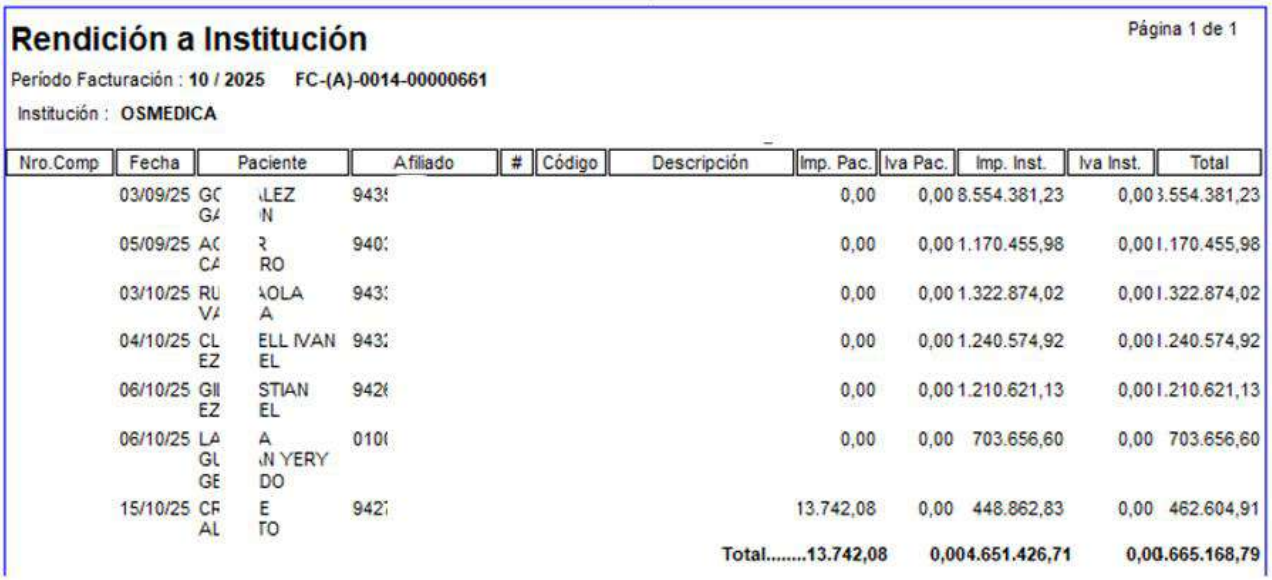
Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

Institución : **OSMEDICA**

Paciente	Afiliado	Nro.Comp	Fecha	#	Código	Descripción	Profesional	Cod. Aut.	Imp. Inst.	Iva Inst.
AGUIAR CA	94		05/09/25						1.170.455,98	0,00
CLAUSELL N EZ UEL	9(		04/10/25						1.240.574,92	0,00
CROCCE AL RTO	94		15/10/25						448.862,83	0,00
GIL CRISTI ZEC L	9(		06/10/25						1.210.621,13	0,00
GONZALEZ STC	9(		03/09/25						8.554.381,23	0,00
LAPACA GI IAN RY GERARD	0100		06/10/25						703.656,60	0,00
RUIZ PAOL	94		03/10/25						1.322.874,02	0,00
								Total.....	14.651.426,71	0,00

d_0006_rendicion_institucion_amta

Número Comprobante / Fecha / Apellido Nombre / Afiliado / cantidad / Código / Descripción / Imp. Paciente / IVA Paciente / Imp. Inst/ IVA Inst. / Total



Rendición a Institución

Página 1 de 1

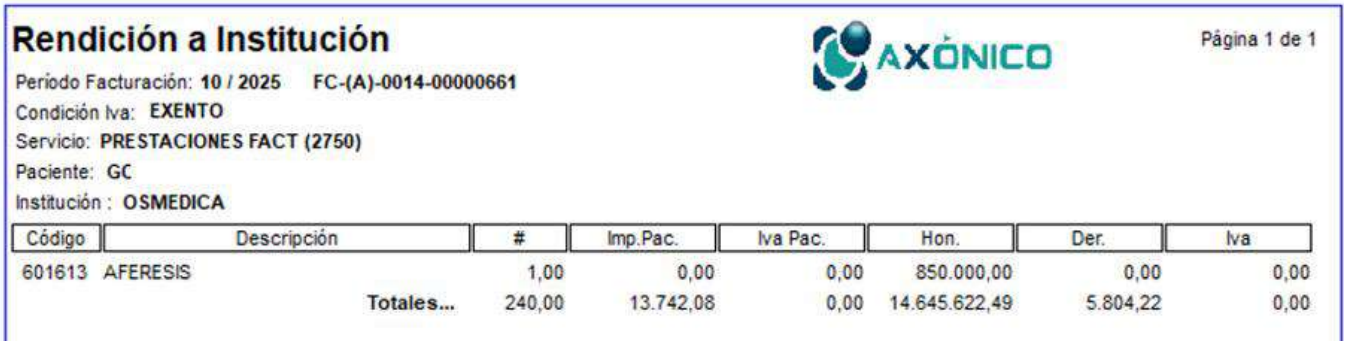
Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

Institución : **OSMEDICA**

Nro.Comp	Fecha	Paciente	Afiliado	#	Código	Descripción	Imp. Pac.	Iva Pac.	Imp. Inst.	Iva Inst.	Total
	03/09/25	GC GA	LEZ N	943			0,00	0,00	8.554.381,23	0,00	3.554.381,23
	05/09/25	AC CA	R RO	940			0,00	0,00	1.170.455,98	0,00	1.170.455,98
	03/10/25	RU VA	AOLA A	943			0,00	0,00	1.322.874,02	0,00	1.322.874,02
	04/10/25	CL EZ	ELL IVAN EL	943			0,00	0,00	1.240.574,92	0,00	1.240.574,92
	06/10/25	GI EZ	STIAN EL	942			0,00	0,00	1.210.621,13	0,00	1.210.621,13
	06/10/25	LA GL GE	A N YERY DO	010			0,00	0,00	703.656,60	0,00	703.656,60
	15/10/25	CR AL	E TO	942			13.742,08	0,00	448.862,83	0,00	462.604,91
						Total.....	**13.742,08**	**0,00**	**4.651.426,71**	**0,00**	**5.665.168,79**

d_0006_rendicion_institucion_americano2

Código / Descripción / Cantidad / Imp. Paciente / IVA Paciente / Hon. / Der. / IVA



Rendición a Institución

Página 1 de 1

Período Facturación: **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

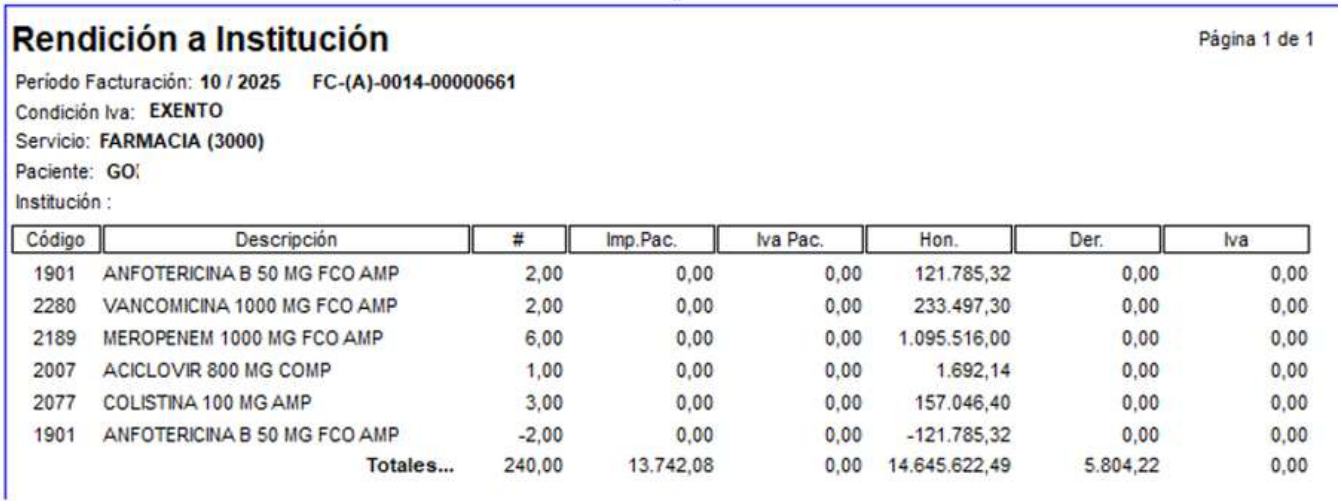
Condición Iva: **EXENTO**

Servicio: **PRESTACIONES FACT (2750)**

Paciente: **GC**

Institución : **OSMEDICA**

Código	Descripción	#	Imp.Pac.	Iva Pac.	Hon.	Der.	Iva
601613	AFERESIS	1,00	0,00	0,00	850.000,00	0,00	0,00
	Totales...	240,00	13.742,08	0,00	14.645.622,49	5.804,22	0,00



Rendición a Institución

Página 1 de 1

Período Facturación: **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

Condición Iva: **EXENTO**

Servicio: **FARMACIA (3000)**

Paciente: **GO**

Institución :

Código	Descripción	#	Imp.Pac.	Iva Pac.	Hon.	Der.	Iva
1901	ANFOTERICINA B 50 MG FCO AMP	2,00	0,00	0,00	121.785,32	0,00	0,00
2280	VANCOMICINA 1000 MG FCO AMP	2,00	0,00	0,00	233.497,30	0,00	0,00
2189	MEROPENEM 1000 MG FCO AMP	6,00	0,00	0,00	1.095.516,00	0,00	0,00
2007	ACICLOVIR 800 MG COMP	1,00	0,00	0,00	1.692,14	0,00	0,00
2077	COLISTINA 100 MG AMP	3,00	0,00	0,00	157.046,40	0,00	0,00
1901	ANFOTERICINA B 50 MG FCO AMP	-2,00	0,00	0,00	-121.785,32	0,00	0,00
	Totales...	240,00	13.742,08	0,00	14.645.622,49	5.804,22	0,00

d_0006_rendicion_institucion_americano

Fecha / Apellido Nombre / Número Afiliado / Nro. Comprobante / Cantidad / Código / Descripción / Profesional / Imp. / Imp. Paciente / IVA Paciente / Imp. Inst. / IVA Inst.



Rendición a Institución

Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025**

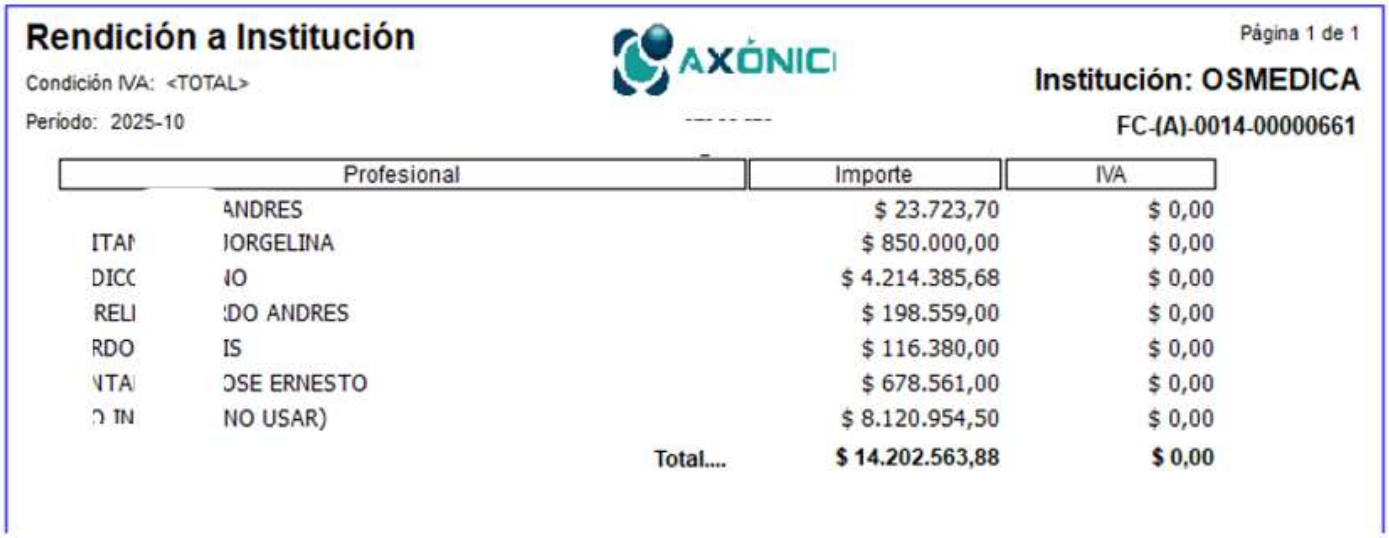
Condición Iva: **EXENTO**

Institución : **OSMEDICA**

Fecha	Paciente	Afiliado	Nro.Comp	#	Código	Descripción	Profesional	Imp.	Imp.Pac.	Iva Pac.	Imp. Inst.	Iva Inst.
05/09/25	AGU	ITARO	9403						0,00	0,00	1.170.455,98	0,00
04/10/25	CLAI	/AN EZEC	9432						0,00	0,00	1.240.574,92	0,00
15/10/25	CRO	ERTO	9427						13.742,08	0,00	448.862,83	0,00
06/10/25	GIL C	I EZEQUI	9426						0,00	0,00	1.210.621,13	0,00
03/09/25	GON	GASTON	9435						0,00	0,00	8.554.381,23	0,00
06/10/25	LAR	ZMAN YE	10009						0,00	0,00	703.656,60	0,00
03/10/25	RUIZ	VANESA	9433						0,00	0,00	1.322.874,02	0,00
								Total.....	**13.742,08**	**0,00**	**5.804,22**	**0,00**
											Total.....	**14.651.426,71**

d_0006_rendicion_institucion_altamira

Profesional / Importa / IVA



Rendición a Institución

Página 1 de 1

Condición IVA: <TOTAL>

Institución: OSMEDICA

Período: 2025-10

FC-(A)-0014-00000661

Profesional	Importe	IVA
ANDRES	$ 23.723,70	$ 0,00
ITAI IORGELINA	$ 850.000,00	$ 0,00
DICC IO	$ 4.214.385,68	$ 0,00
RELI DO ANDRES	$ 198.559,00	$ 0,00
RDO IS	$ 116.380,00	$ 0,00
NTA OSE ERNESTO	$ 678.561,00	$ 0,00
) IN NO USAR)	$ 8.120.954,50	$ 0,00
Total....	**$ 14.202.563,88**	**$ 0,00**



Condición IVA: <TOTAL>

Institución: OSMEDICA

Período: 2026-6

FC-(A)-0014-00000661

Profesional	Importe	IVA
ES	$ 2.033,46	$ 0,00
OS M/ IA BELEN	$ 318.858,00	$ 0,00
	$ 0,00	$ 0,00
ESIOI L	$ 6.672,92	$ 0,00
O (NC ISAR)	$ 121.298,45	$ 0,00
Total....	**$ 448.862,83**	**$ 0,00**

Rendición a Institución

Página 1 de 1

Profesional : **MEDICO EXTERNO**

Institución: OSMEDICA

Período: 2025-10

FC-(A)-0014-00000661

SIN DEFINIR / SIN DEFINIR

Código	Descripción	Cantidad	Importe	IVA
600020	**MODULO CLINICO**	**11,00**		
EXENTO				
		6,00	$ 1.132.249,44	$ 0,00
	ZEQUIEL	3,00	$ 566.124,72	$ 0,00
	ERY GERARDO	1,00	$ 188.708,24	$ 0,00
	BA	1,00	$ 188.708,24	$ 0,00
600023	**MODULO CLINICO ONCOHEMATOLOGICO Y/O ONCOLOGICO**	**7,00**		
EXENTO				
		7,00	$ 1.849.339,17	$ 0,00
600105	**MODULO PRIMER DIA QUIRURGICO HASTA 2 HS,**	**1,00**		
EXENTO				
		1,00	$ 289.255,87	$ 0,00
			$ 4.214.385,68	**$ 0,00**

Detalle por paciente:

Descripción / Cantidad / Importe / IVA

Rendición a Institución

Página 1 de 3

Detalle por Paciente

Condición IVA: EXENTO

FC-(A)-0014-00000661

Paciente: AGL **255**

	Descripción	Cantidad	Importe	IVA
600020	MODULO CLINICO	6,00	$ 1.132.249,44	$ 0,00
	Descripción	**Cantidad**	**Importe**	**IVA**
1843	QUETIAPINA 25 MG COMP	13,00	$ 38.206,54	$ 0,00
		Total...	**$ 1.170.455,98**	**$ 0,00**

Paciente: CLAU **3734**

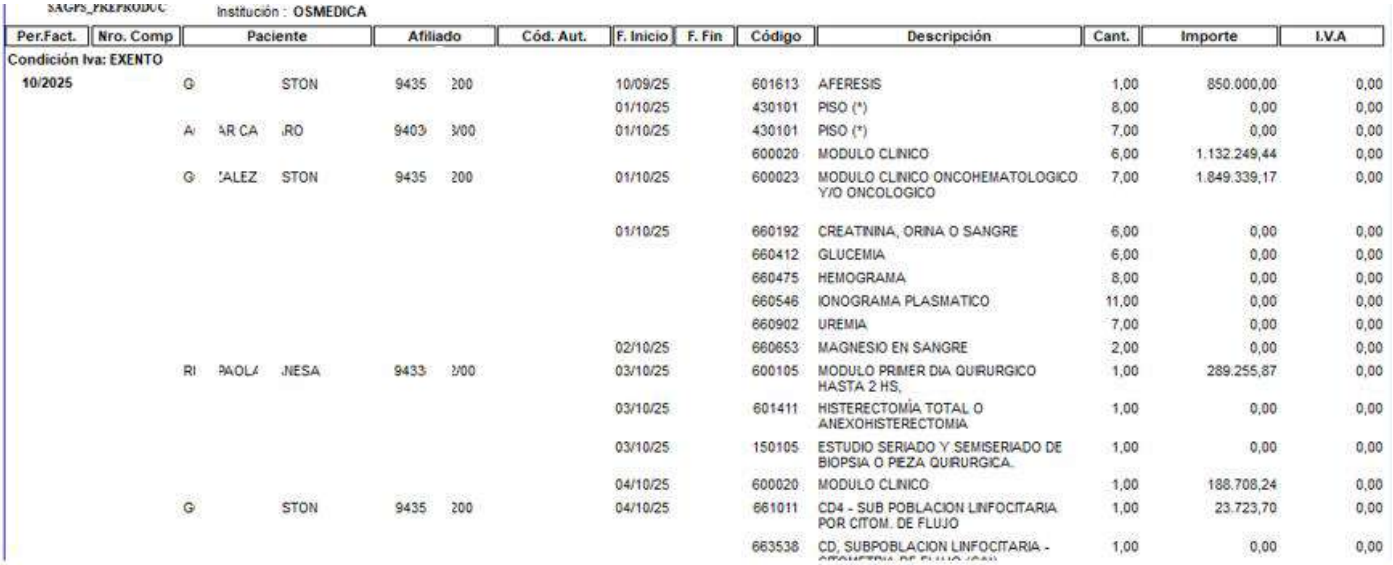
	Descripción	Cantidad	Importe	IVA
600020	MODULO CLINICO	3,00	$ 566.124,72	$ 0,00
601818	TAC S/CONTRASTE DE ABDOMEN Y PELVIS	1,00	$ 116.380,00	$ 0,00
	Descripción	**Cantidad**	**Importe**	**IVA**
1401	IOPAMIRON OPTIRAY FCO AMP X 50 ML	2,00	$ 558.070,20	$ 0,00
		Total...	**$ 1.240.574,92**	**$ 0,00**

Paciente

	Descripción	Cantidad	Importe	IVA
660475	HEMOGRAMA	1,00	$ 2.033,46	$ 0,00
600614	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL EPIGÁSTRICA	1,00	$ 318.858,00	$ 0,00
430101	PISO (*)	1,00	$ 0,00	$ 0,00
340213	RADIOGRAFIA DE CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO, DEDOS, R	1,00	$ 6.672,92	$ 0,00
	Descripción	**Cantidad**	**Importe**	**IVA**
2004	ACETAZOLAMIDA 250 MG COMP	0	$ 0,00	$ 0,00
4013	AGUJA DESC AR 25 X 3.5 PTA LAPIZ	1,00	$ 11.737,44	$ 0,00
4016	AGUJA DESC. 16/5	1,00	$ 0,00	$ 0,00

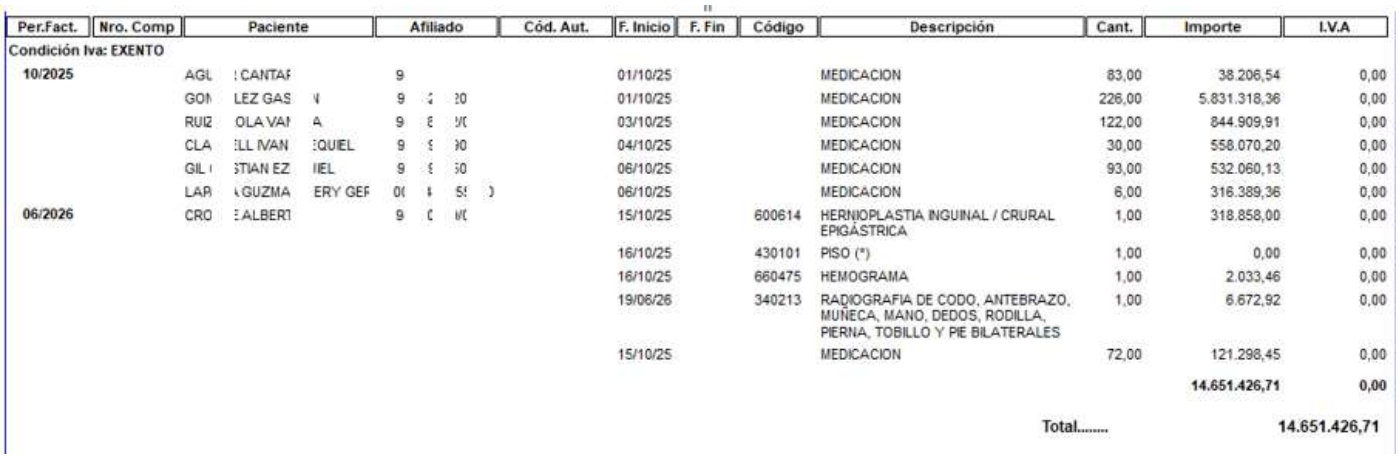
d_0006_rendicion_institucion_alcla1

Per. Fact. / Nro. Comp. / Apellido Nombre / Nro. Afiliado / Cód. Aut. / Fecha Inicio / Fecha Fin / Código / Descripción / Cantidad / Importe / IVA.



SAGPS_PREPRODUC Institución : OSMEDICA

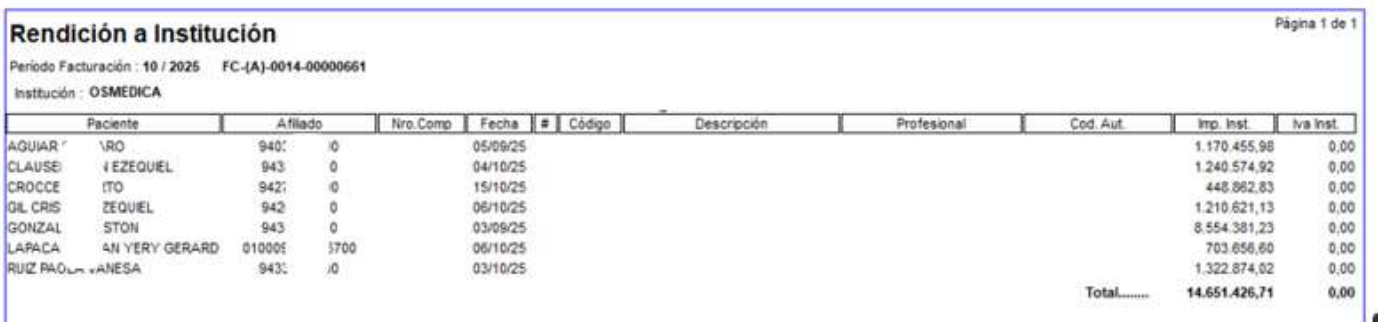
Per.Fact.	Nro. Comp	Paciente	Afiliado	Cód. Aut.	F. Inicio	F. Fin	Código	Descripción	Cant.	Importe	I.V.A
Condición Iva: EXENTO											
10/2025		G STON	9435 200		10/09/25		601613	AFERESIS	1,00	850.000,00	0,00
					01/10/25		430101	PISO (*)	8,00	0,00	0,00
		A AR CA RO	9403 3/00		01/10/25		430101	PISO (*)	7,00	0,00	0,00
							600020	MODULO CLINICO	6,00	1.132.249,44	0,00
		G CALEZ STON	9435 200		01/10/25		600023	MODULO CLINICO ONCOHEMATOLOGICO Y/O ONCOLOGICO	7,00	1.849.339,17	0,00
					01/10/25		660192	CREATININA, ORINA O SANGRE	6,00	0,00	0,00
							660412	GLUCEMIA	6,00	0,00	0,00
							660475	HEMOGRAMA	8,00	0,00	0,00
							660546	IONOGRAMA PLASMATICO	11,00	0,00	0,00
							660902	UREMIA	7,00	0,00	0,00
					02/10/25		660653	MAGNESIO EN SANGRE	2,00	0,00	0,00
		RI PAOLA NESA	9433 2/00		03/10/25		600105	MODULO PRIMER DIA QUIRURGICO HASTA 2 HS.	1,00	289.255,87	0,00
					03/10/25		601411	HISTERECTOMÍA TOTAL O ANEXOHISTERECTOMIA	1,00	0,00	0,00
					03/10/25		150105	ESTUDIO SERIADO Y SEMISERIADO DE BIOPSIA O PIEZA QUIRURGICA.	1,00	0,00	0,00
					04/10/25		600020	MODULO CLINICO	1,00	188.708,24	0,00
		G STON	9435 200		04/10/25		661011	CD4 - SUB POBLACION LINFOCITARIA POR CITOM. DE FLUJO	1,00	23.723,70	0,00
							663538	CD, SUBPOBLACION LINFOCITARIA -	1,00	0,00	0,00



Per.Fact.	Nro. Comp	Paciente	Afiliado	Cód. Aut.	F. Inicio	F. Fin	Código	Descripción	Cant.	Importe	I.V.A
Condición Iva: EXENTO											
10/2025		AGL CANTAF	9		01/10/25			MEDICACION	83,00	38.206,54	0,00
		GON LEZ GAS N	9 2 20		01/10/25			MEDICACION	226,00	5.831.318,36	0,00
		RUIZ OLA VAI A	9 8 3/(		03/10/25			MEDICACION	122,00	844.909,91	0,00
		CLA LL IVAN QUIEL	9 9 30		04/10/25			MEDICACION	30,00	558.070,20	0,00
		GIL STIAN EZ IEL	9 9 30		06/10/25			MEDICACION	93,00	532.060,13	0,00
		LAR GUZMA ERY GEF	0(1 5!)		06/10/25			MEDICACION	6,00	316.389,36	0,00
06/2026		CRO ALBERT	9 (1/(		15/10/25		600614	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL EPIGÁSTRICA	1,00	318.858,00	0,00
					16/10/25		430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
					16/10/25		660475	HEMOGRAMA	1,00	2.033,46	0,00
					19/06/26		340213	RADIOGRAFIA DE CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO, DEDOS, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE BILATERALES	1,00	6.672,92	0,00
					15/10/25			MEDICACION	72,00	121.298,45	0,00
										14.651.426,71	0,00
								Total.....			14.651.426,71

d_0006_rendicion_institucion_zo

Apellido Nombre Paciente / Nro. Afiliado / Nro. Comprobante / Fecha / Cantidad / Código / Descripción / Profesional / Cod. Aut. / Imp. Inst./ IVA Inst.



Rendición a Institución

Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

Institución : **OSMEDICA**

Paciente	Afiliado	Nro.Comp	Fecha	#	Código	Descripción	Profesional	Cod. Aut.	Imp. Inst.	Iva Inst.
AGUIAR \RO	940 0		05/09/25						1.170.455,98	0,00
CLAUSE EZEQUIEL	943 0		04/10/25						1.240.574,92	0,00
CROCCE TO	942 0		15/10/25						448.862,83	0,00
GIL CRIS ZEQUIEL	942 0		06/10/25						1.210.621,13	0,00
GONZAL STON	943 0		03/09/25						8.554.381,23	0,00
LAPACA AN YERY GERARD	010009 3700		06/10/25						703.656,60	0,00
RUIZ PAO ANESA	943 /0		03/10/25						1.322.874,02	0,00
								Total.....	14.651.426,71	0,00

d_0006_rendicion_institucion_z

Número Comprobante / Fecha / Apellido Nombre Paciente / Cantidad / Código / Descripción / Profesional / Cod. Aut./ Imp. Inst / Iva Inst.



Rendición a Institución

Página 1 de 1

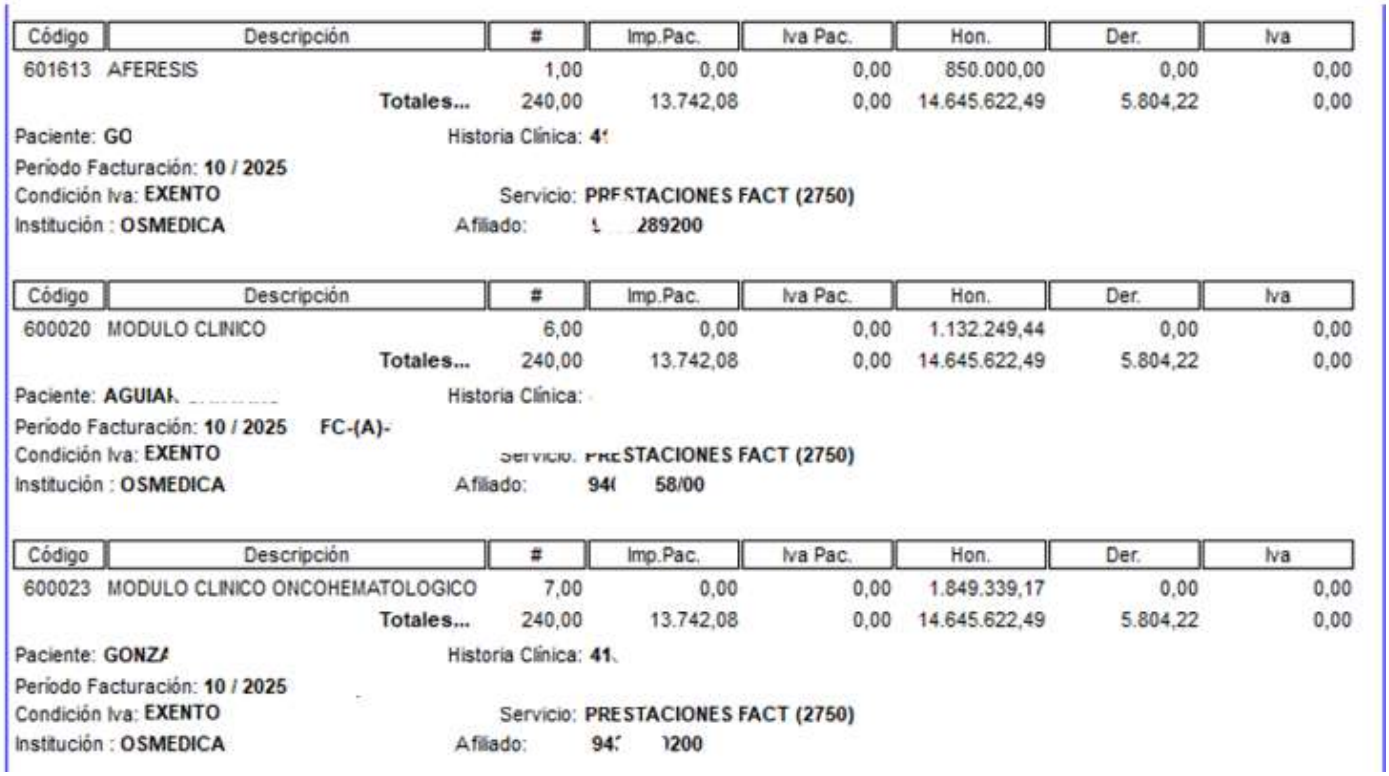
Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

Institución : **OSMEDICA**

Nro.Comp	Fecha		Paciente	Afiliado	#	Código	Descripción	Profesional	Cod. Aut.	Imp. Inst.	Iva Inst.
	03/09/25	GON	TON							8.554.381,23	0,00
	05/09/25	AGU	O							1.170.455,98	0,00
	03/10/25	RUIZ	ESA							1.322.874,02	0,00
	04/10/25	CLA	EZEQUIEL							1.240.574,92	0,00
	06/10/25	GIL	IQUIEL							1.210.621,13	0,00
	06/10/25	LAP	Y YERY GERARD							703.656,60	0,00
	15/10/25	CRO	O							448.862,83	0,00
									Total.....	**14.651.426,71**	**0,00**

d_0006_rendicion_institucion_xservicio

Código / Descripción / Cantidad / Imp. Paciente / IVA Paciente / Honorarios / Der. / IVA



Código	Descripción	#	Imp.Pac.	Iva Pac.	Hon.	Der.	Iva
601613	AFERESIS	1,00	0,00	0,00	850.000,00	0,00	0,00
	Totales...	240,00	13.742,08	0,00	14.645.622,49	5.804,22	0,00

Paciente: **GO** Historia Clínica: **4**

Período Facturación: **10 / 2025**

Condición Iva: **EXENTO** Servicio: **PRESTACIONES FACT (2750)**

Institución : **OSMEDICA** Afiliado: **289200**

Código	Descripción	#	Imp.Pac.	Iva Pac.	Hon.	Der.	Iva
600020	MODULO CLINICO	6,00	0,00	0,00	1.132.249,44	0,00	0,00
	Totales...	240,00	13.742,08	0,00	14.645.622,49	5.804,22	0,00

Paciente: **AGUIAI** Historia Clínica:

Período Facturación: **10 / 2025** **FC-(A)-**

Condición Iva: **EXENTO** Servicio: **PRESTACIONES FACT (2750)**

Institución : **OSMEDICA** Afiliado: **94(58/00**

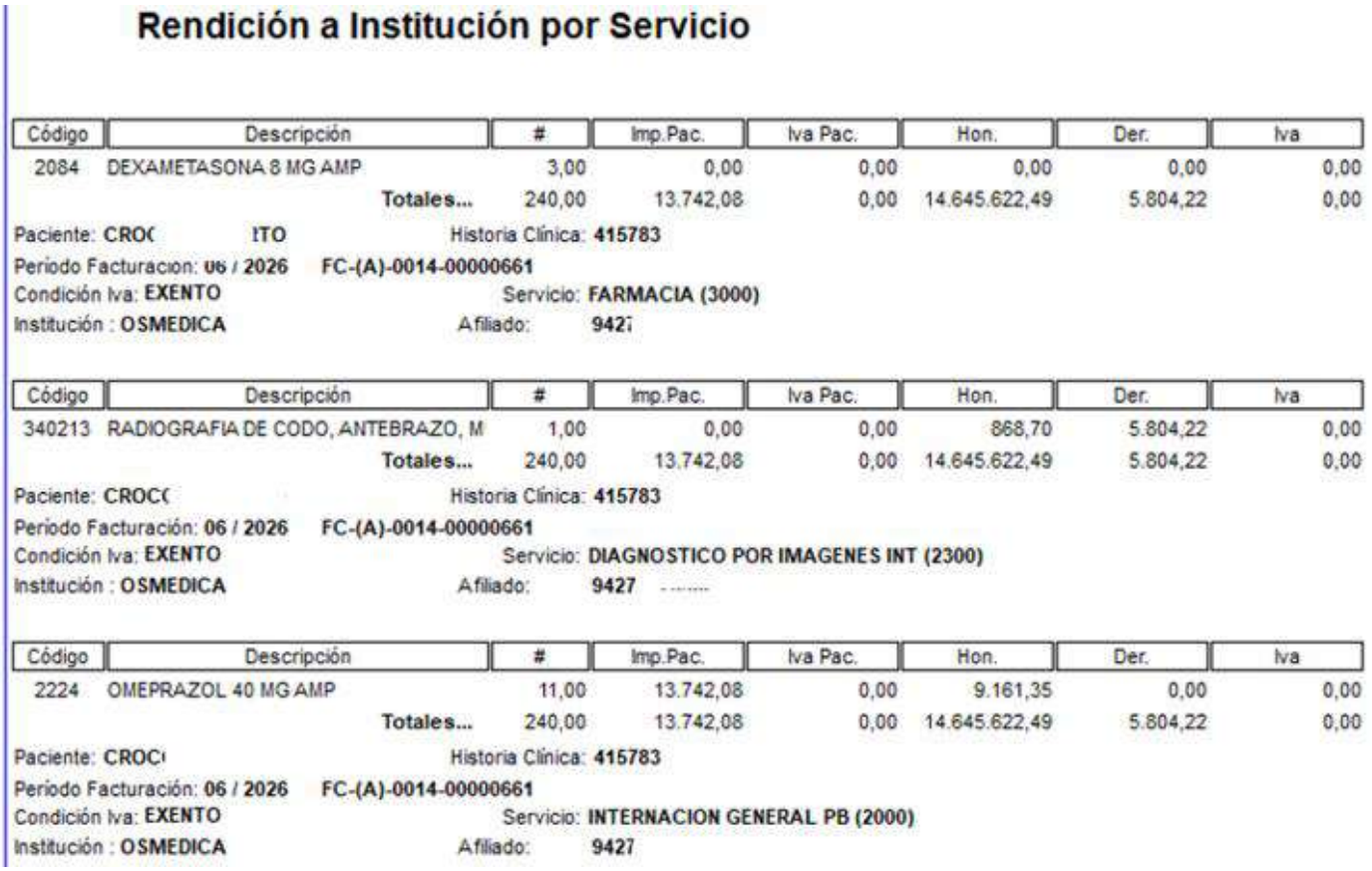
Código	Descripción	#	Imp.Pac.	Iva Pac.	Hon.	Der.	Iva
600023	MODULO CLINICO ONCOHEMATOLOGICO	7,00	0,00	0,00	1.849.339,17	0,00	0,00
	Totales...	240,00	13.742,08	0,00	14.645.622,49	5.804,22	0,00

Paciente: **GONZA** Historia Clínica: **41**

Período Facturación: **10 / 2025**

Condición Iva: **EXENTO** Servicio: **PRESTACIONES FACT (2750)**

Institución : **OSMEDICA** Afiliado: **94)200**



Rendición a Institución por Servicio

Código	Descripción	#	Imp.Pac.	Iva Pac.	Hon.	Der.	Iva
2084	DEXAMETASONA 8 MG AMP	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Totales...	240,00	13.742,08	0,00	14.645.622,49	5.804,22	0,00

Paciente: CROC ITO Historia Clínica: **415783**
Período Facturacion: **06 / 2026** **FC-(A)-0014-00000661**
Condición Iva: **EXENTO** Servicio: **FARMACIA (3000)**
Institución : **OSMEDICA** Afiliado: **9427**

Código	Descripción	#	Imp.Pac.	Iva Pac.	Hon.	Der.	Iva
340213	RADIOGRAFIA DE CODO, ANTEBRAZO, M	1,00	0,00	0,00	868,70	5.804,22	0,00
	Totales...	240,00	13.742,08	0,00	14.645.622,49	5.804,22	0,00

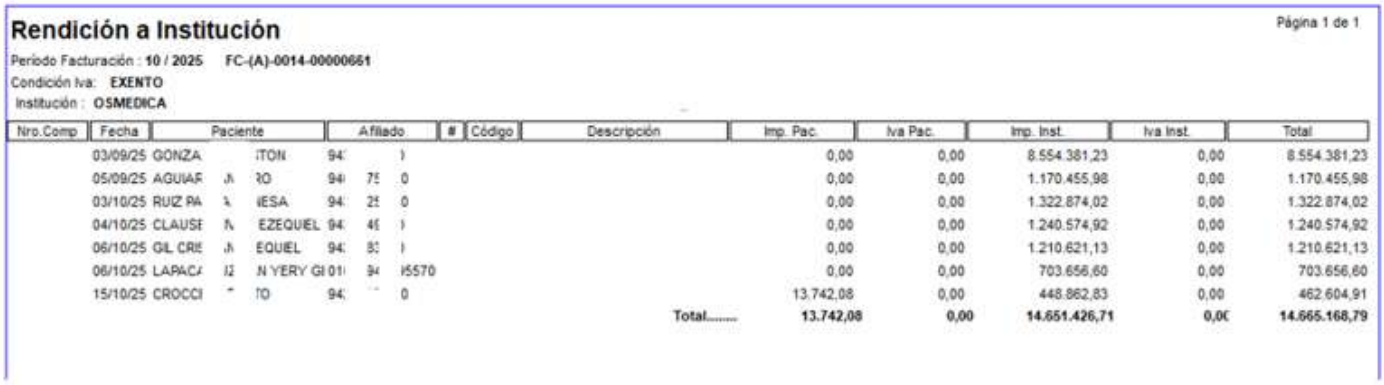
Paciente: CROC Historia Clínica: **415783**
Período Facturación: **06 / 2026** **FC-(A)-0014-00000661**
Condición Iva: **EXENTO** Servicio: **DIAGNOSTICO POR IMAGENES INT (2300)**
Institución : **OSMEDICA** Afiliado: **9427**

Código	Descripción	#	Imp.Pac.	Iva Pac.	Hon.	Der.	Iva
2224	OMEPRAZOL 40 MG AMP	11,00	13.742,08	0,00	9.161,35	0,00	0,00
	Totales...	240,00	13.742,08	0,00	14.645.622,49	5.804,22	0,00

Paciente: CROC Historia Clínica: **415783**
Período Facturación: **06 / 2026** **FC-(A)-0014-00000661**
Condición Iva: **EXENTO** Servicio: **INTERNACION GENERAL PB (2000)**
Institución : **OSMEDICA** Afiliado: **9427**

d_0006_rendicion_institucion_ti

Número Comprobante / Fecha / Apellido Nombre Paciente / Nro. Afiliado / Cantidad / Código / Descripción / Imp. Paciente / IVA Paciente / Imp. Inst. / IVA Inst. / Total



Rendición a Institución

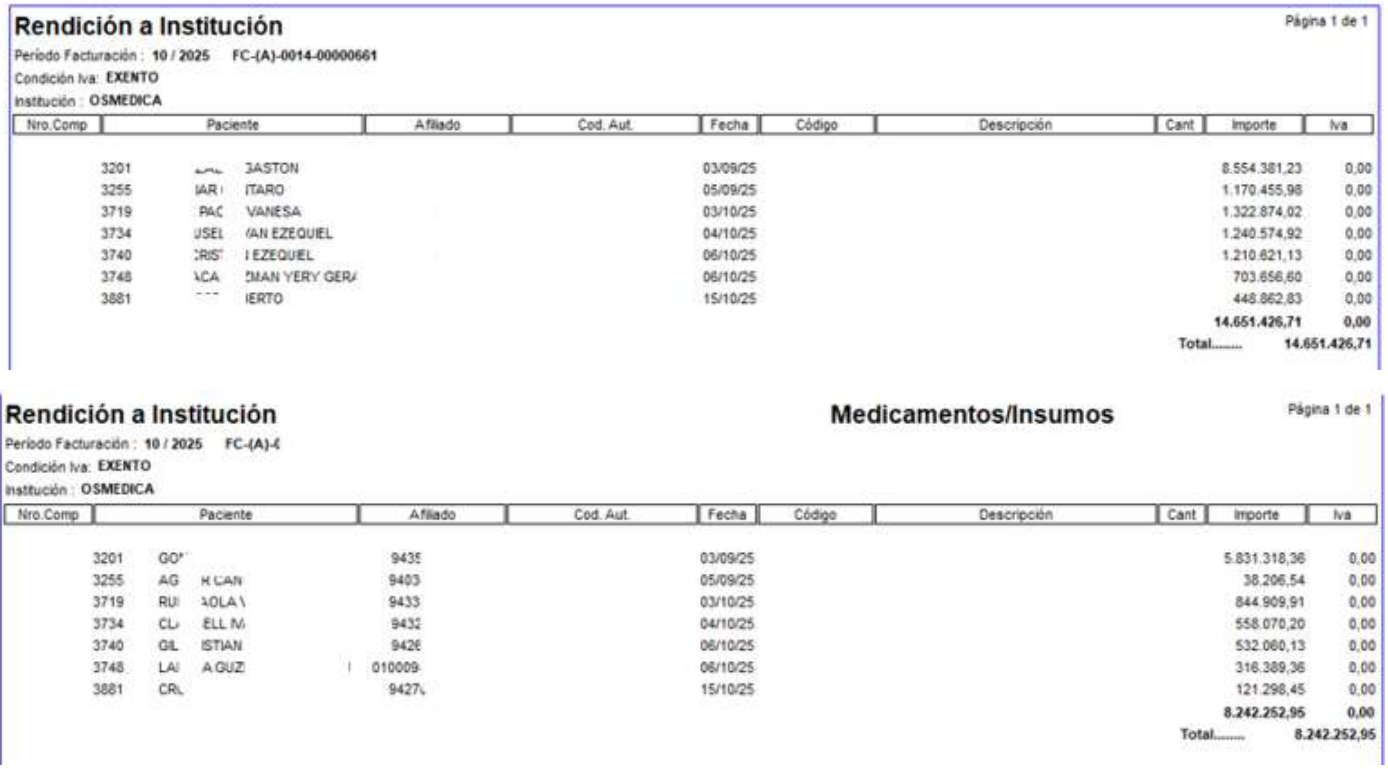
Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**
Condición Iva: **EXENTO**
Institución : **OSMEDICA**

Nro.Comp	Fecha	Paciente	Afiliado	#	Código	Descripción	Imp. Pac.	Iva Pac.	Imp. Inst.	Iva Inst.	Total
	03/09/25	GONZA ITON	94	)			0,00	0,00	8.554.381,23	0,00	8.554.381,23
	05/09/25	AGUIAR JA IO	94	75 0			0,00	0,00	1.170.455,98	0,00	1.170.455,98
	03/10/25	RUIZ PA IESA	94	25 0			0,00	0,00	1.322.874,02	0,00	1.322.874,02
	04/10/25	CLAUSE N EZEQUIEL	94	46)			0,00	0,00	1.240.574,92	0,00	1.240.574,92
	06/10/25	GIL CRI JA EQUIEL	94	8)			0,00	0,00	1.210.621,13	0,00	1.210.621,13
	06/10/25	LAPACA IJ N YERY GI	01	94	65570		0,00	0,00	703.656,60	0,00	703.656,60
	15/10/25	CROCCI TO	94	0			13.742,08	0,00	448.862,83	0,00	462.604,91
						Total.....	**13.742,08**	**0,00**	**14.651.426,71**	**0,00**	**14.665.168,79**

d_0006_rendicion_institucion_sa_issn

Número de Comprobante / Apellido Nombre Paciente / Nro. Afiliado / Cod. Aut. / Fecha / Código / Descripción / Cantidad / Importe / IVA



Rendición a Institución Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**
Condición Iva: **EXENTO**
Institución : **OSMEDICA**

Nro.Comp	Paciente	Afiliado	Cod. Aut.	Fecha	Código	Descripción	Cant	Importe	Iva
3201	[illegible] JASTON			03/09/25				8.554.381,23	0,00
3255	IAR I ITARO			05/09/25				1.170.455,98	0,00
3719	PAC VANESA			03/10/25				1.322.874,02	0,00
3734	USEL /AN EZEQUIEL			04/10/25				1.240.574,92	0,00
3740	CRIS I EZEQUIEL			06/10/25				1.210.621,13	0,00
3748	ACA MAN YERY GERA			06/10/25				703.656,60	0,00
3881	[illegible] IERTO			15/10/25				448.862,83	0,00
								14.651.426,71	**0,00**
								Total.....	**14.651.426,71**

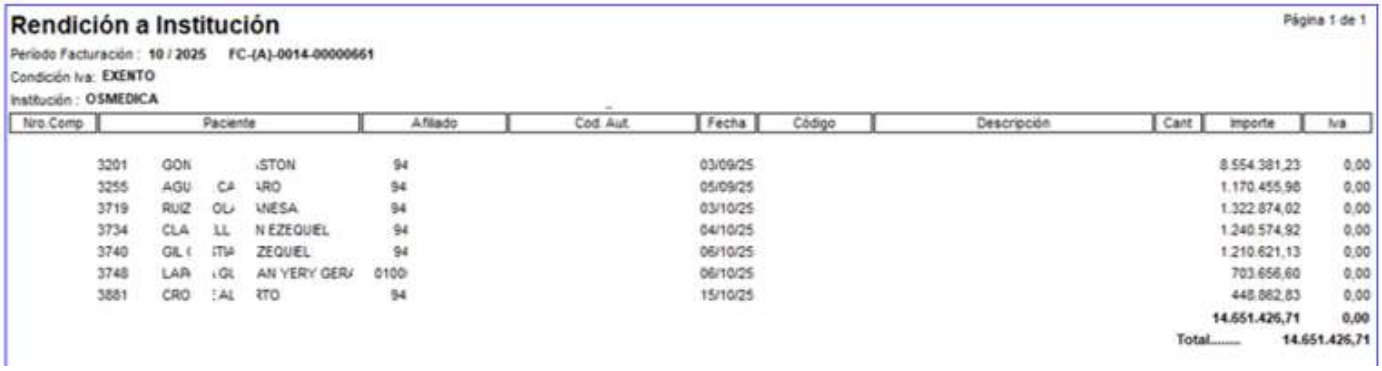
Rendición a Institución **Medicamentos/Insumos** Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0**
Condición Iva: **EXENTO**
Institución : **OSMEDICA**

Nro.Comp	Paciente	Afiliado	Cod. Aut.	Fecha	Código	Descripción	Cant	Importe	Iva
3201	GO*	9435		03/09/25				5.831.318,36	0,00
3255	AG H CAN	9403		05/09/25				38.206,54	0,00
3719	RUI ADLA \	9433		03/10/25				844.909,91	0,00
3734	CL ELL M	9432		04/10/25				558.070,20	0,00
3740	GIL ISTIAN	9426		06/10/25				532.060,13	0,00
3748	LAI A GUZ	010009		06/10/25				316.389,36	0,00
3881	CRL	9427\		15/10/25				121.298,45	0,00
								8.242.252,95	**0,00**
								Total.....	**8.242.252,95**

d_0006_rendicion_institucion_sa

Nro Comprobante / Apellido Nombre Paciente / Nro Afiliado / Cod. Aut. / Fecha / Código / Descripción / Cantidad / Importe / IVA



Rendición a Institución Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**
Condición Iva: **EXENTO**
Institución : **OSMEDICA**

Nro.Comp	Paciente	Afiliado	Cod. Aut.	Fecha	Código	Descripción	Cant	Importe	Iva
3201	GON STON	94		03/09/25				8.554.381,23	0,00
3255	AGU CA ARO	94		05/09/25				1.170.455,98	0,00
3719	RUIZ OL/ NESA	94		03/10/25				1.322.874,02	0,00
3734	CLA LL N EZEQUIEL	94		04/10/25				1.240.574,92	0,00
3740	GIL (ITA ZEQUIEL	94		06/10/25				1.210.621,13	0,00
3748	LAP GL AN YERY GERA	0100		06/10/25				703.656,60	0,00
3881	CRO AL RTO	94		15/10/25				448.862,83	0,00
								14.651.426,71	**0,00**
								Total.....	**14.651.426,71**

d_0006_rendicion_institucion_res

Institución / Período / Importe Inst. / Importe IVA Inst. / Importe Pac / Importe IVA Pac



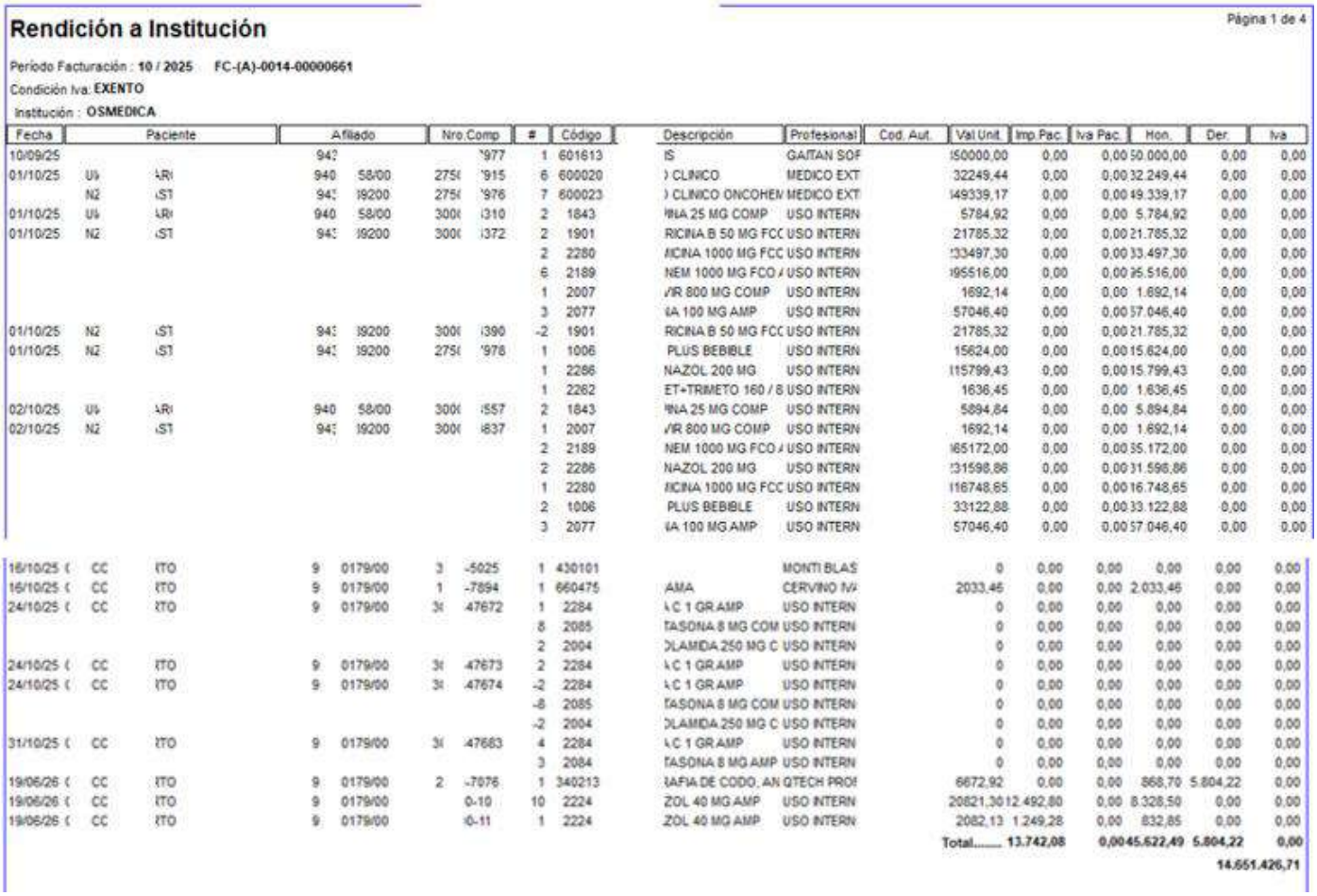
Rendición a Institución (Res.)

Página 1 de 1

Institución	Período	Importe Inst.	Importe IVA Inst.	Importe Pac.	Importe IVA Pac.
546 OSMEDICA	2025 10	14.202.563,88	,00	,00	,00
546 OSMEDICA	2026 6	448.862,83	,00	13.742,08	,00
	Total.....	**14651426,71**	**0**	**13742,08**	**0**

d_0006_rendicion_institucion_quimicos

Fecha / Apellido Nombre Paciente / Nro Afiliado / Nro Comprobante / Cantidad / Código / Descripción / Apellido Nombre Profesional / Cod. Aut. / Valor Unit. / Imp. Paciente / IVA Paciente / Honorarios / Der. / IVA



Rendición a Institución

Página 1 de 4

Período Facturación : **10 / 2025** FC-(A)-0014-00000661

Condición Iva: **EXENTO**

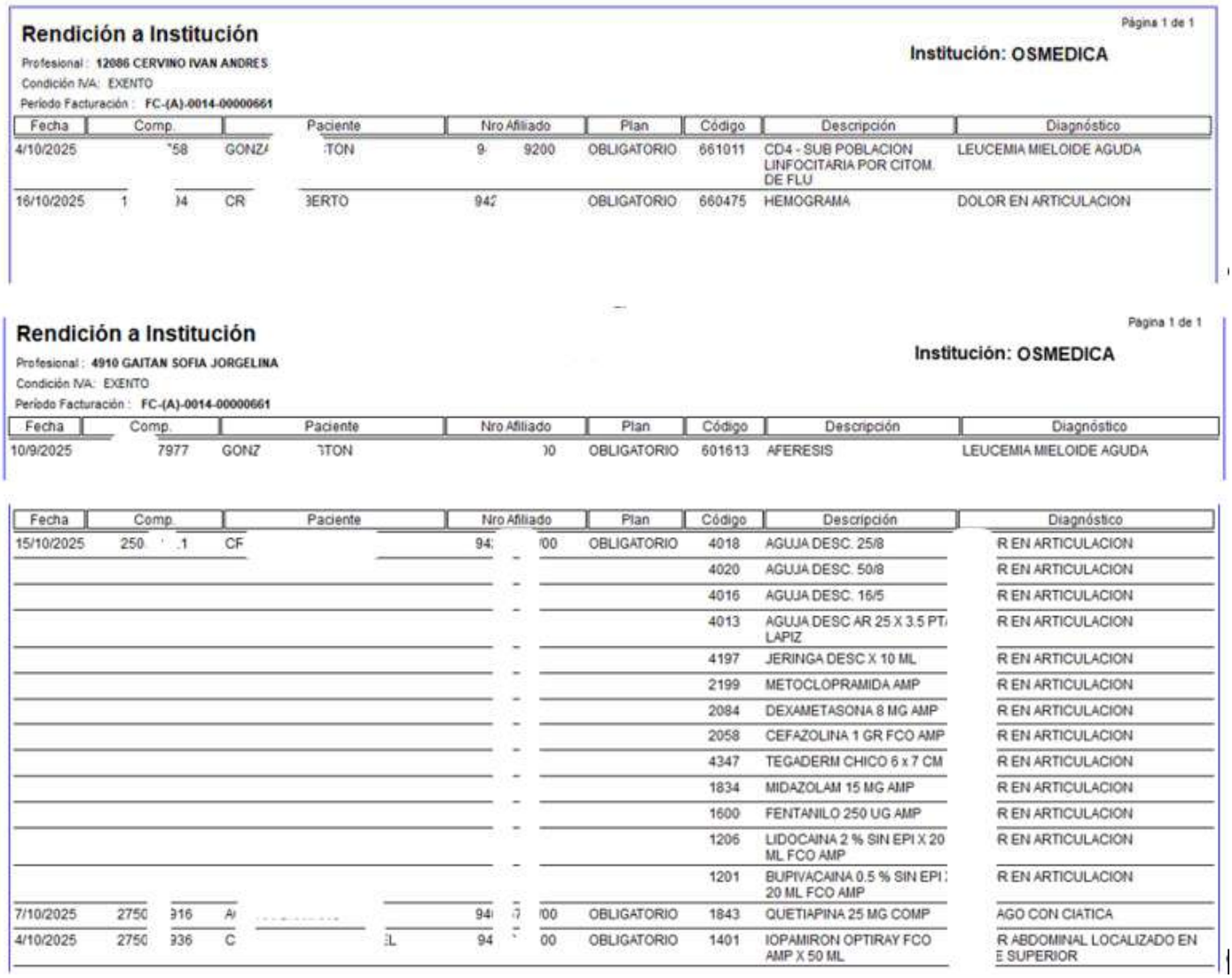
Institución : **OSMEDICA**

Fecha	Paciente	Afiliado	Nro.Comp	#	Código	Descripción	Profesional	Cod. Aut.	Val.Unit.	Imp.Pac.	Iva Pac.	Hon.	Der.	Iva
10/09/25		942	'977	1	601613	IS	GAITAN SOF		50000,00	0,00	0,00	50.000,00	0,00	0,00
01/10/25	UÑ ARI	940 58/00	2756 '915	6	600020	) CLINICO	MEDICO EXT		32249,44	0,00	0,00	32.249,44	0,00	0,00
	N2 IST	941 19200	2756 '976	7	600023	) CLINICO ONCOHEM	MEDICO EXT		49339,17	0,00	0,00	49.339,17	0,00	0,00
01/10/25	UÑ ARI	940 58/00	3006 1310	2	1843	INA 25 MG COMP	USO INTERN		5784,92	0,00	0,00	5.784,92	0,00	0,00
01/10/25	N2 IST	941 19200	3006 1372	2	1901	RICINA B 50 MG FCC	USO INTERN		21785,32	0,00	0,00	21.785,32	0,00	0,00
				2	2280	ICINA 1000 MG FCC	USO INTERN		33497,30	0,00	0,00	33.497,30	0,00	0,00
				6	2189	NEM 1000 MG FCO /	USO INTERN		95516,00	0,00	0,00	95.516,00	0,00	0,00
				1	2007	/IR 800 MG COMP	USO INTERN		1692,14	0,00	0,00	1.692,14	0,00	0,00
				3	2077	IA 100 MG AMP	USO INTERN		57046,40	0,00	0,00	57.046,40	0,00	0,00
01/10/25	N2 IST	941 19200	3006 1390	-2	1901	RICINA B 50 MG FCC	USO INTERN		21785,32	0,00	0,00	21.785,32	0,00	0,00
01/10/25	N2 IST	941 19200	2756 '976	1	1006	PLUS BEBIBLE	USO INTERN		15624,00	0,00	0,00	15.624,00	0,00	0,00
				1	2286	NAZOL 200 MG	USO INTERN		115799,43	0,00	0,00	15.799,43	0,00	0,00
				1	2262	ET+TRIMETO 160 / 8	USO INTERN		1636,45	0,00	0,00	1.636,45	0,00	0,00
02/10/25	UÑ ARI	940 58/00	3006 1557	2	1843	INA 25 MG COMP	USO INTERN		5894,84	0,00	0,00	5.894,84	0,00	0,00
02/10/25	N2 IST	941 19200	3006 1837	1	2007	/IR 800 MG COMP	USO INTERN		1692,14	0,00	0,00	1.692,14	0,00	0,00
				2	2189	NEM 1000 MG FCO /	USO INTERN		165172,00	0,00	0,00	35.172,00	0,00	0,00
				2	2286	NAZOL 200 MG	USO INTERN		131598,86	0,00	0,00	31.598,86	0,00	0,00
				1	2280	ICINA 1000 MG FCC	USO INTERN		116748,65	0,00	0,00	16.748,65	0,00	0,00
				2	1006	PLUS BEBIBLE	USO INTERN		33122,88	0,00	0,00	33.122,88	0,00	0,00
				3	2077	IA 100 MG AMP	USO INTERN		57046,40	0,00	0,00	57.046,40	0,00	0,00
16/10/25 (	CC ITO	9 0179/00	3 -5025	1	430101		MONTI BLAS		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16/10/25 (	CC ITO	9 0179/00	1 -7894	1	660475	AMA	CERVINO IV		2033,46	0,00	0,00	2.033,46	0,00	0,00
24/10/25 (	CC ITO	9 0179/00	3(47672	1	2284	\C 1 GR AMP	USO INTERN		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				8	2085	TASONA 8 MG COM	USO INTERN		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				2	2004	)LAMIDA 250 MG C	USO INTERN		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24/10/25 (	CC ITO	9 0179/00	3(47673	2	2284	\C 1 GR AMP	USO INTERN		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24/10/25 (	CC ITO	9 0179/00	3(47674	-2	2284	\C 1 GR AMP	USO INTERN		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				-8	2085	TASONA 8 MG COM	USO INTERN		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				-2	2004	)LAMIDA 250 MG C	USO INTERN		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
31/10/25 (	CC ITO	9 0179/00	3(47663	4	2284	\C 1 GR AMP	USO INTERN		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				3	2084	TASONA 8 MG AMP	USO INTERN		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19/06/26 (	CC ITO	9 0179/00	2 -7076	1	340213	IAFIA DE CODO, AN	QTECH PROI		6672,92	0,00	0,00	868,70	5.804,22	0,00
19/06/26 (	CC ITO	9 0179/00	0-10	10	2224	ZOL 40 MG AMP	USO INTERN		20821,30	12.492,80	0,00	8.328,50	0,00	0,00
19/06/26 (	CC ITO	9 0179/00	0-11	1	2224	ZOL 40 MG AMP	USO INTERN		2082,13	1.249,28	0,00	832,85	0,00	0,00
									Total.....	**13.742,08**	**0,00**	**45.622,49**	**5.804,22**	**0,00**
														14.651.426,71

16/10/25 (	CCE	BERTO	9	0179/00	3	-5025	1	430101	PISO (*)	MONTI BLAS	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16/10/25 (	CCE	BERTO	9	0179/00	1	-7894	1	660475	HEMOGRAMA	CERVINO IV/	2033,46	0,00	0,00	2.033,46	0,00	0,00
24/10/25 (	CCE	BERTO	9	0179/00	3(	47672	1	2284	VITAMINA C 1 GR AMP	USO INTERN	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
							8	2085	DEXAMETASONA 8 MG COM	USO INTERN	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
							2	2004	ACETAZOLAMIDA 250 MG C	USO INTERN	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24/10/25 (	CCE	BERTO	9	0179/00	3(	47673	2	2284	VITAMINA C 1 GR AMP	USO INTERN	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24/10/25 (	CCE	BERTO	9	0179/00	3(	47674	-2	2284	VITAMINA C 1 GR AMP	USO INTERN	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
							-8	2085	DEXAMETASONA 8 MG COM	USO INTERN	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
							-2	2004	ACETAZOLAMIDA 250 MG C	USO INTERN	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
31/10/25 (	CCE	BERTO	9	0179/00	3(	47683	4	2284	VITAMINA C 1 GR AMP	USO INTERN	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
							3	2084	DEXAMETASONA 8 MG AMP	USO INTERN	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19/06/26 (	CCE	BERTO	9	0179/00	2	-7076	1	340213	RADIOGRAFIA DE CODO, AN	QTECH PROI	6672,92	0,00	0,00	868,70	5.804,22	0,00
19/06/26 (	CCE	BERTO	9	0179/00		0-10	10	2224	OMEPRAZOL 40 MG AMP	USO INTERN	20821,30	12.492,80	0,00	8.328,50	0,00	0,00
19/06/26 (	CCE	BERTO	9	0179/00		0-11	1	2224	OMEPRAZOL 40 MG AMP	USO INTERN	2082,13	1.249,28	0,00	832,85	0,00	0,00
											Total.....	13.742,08	0,00	45.622,49	5.804,22	0,00
																14.651.426,71

d_0006_rendicion_institucion_por_prof

Fecha / Nro. Comp. / Apellido Nombre Paciente / Nro. Afiliado / Plan / Código / Descripción / Diagnóstico /



Rendición a Institución

Página 1 de 1

Profesional : **12086 CERVINO IVAN ANDRES**
Condición IVA: EXENTO
Período Facturación : **FC-(A)-0014-00000661**

Institución: OSMEDICA

Fecha	Comp.		Paciente	Nro Afiliado	Plan	Código	Descripción	Diagnóstico
4/10/2025		'58	GONZ/	:TON	9 9200	OBLIGATORIO	661011	CD4 - SUB POBLACION LINFOCITARIA POR CITOM. DE FLU	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA
16/10/2025	1	)4	CR	3ERTO	942	OBLIGATORIO	660475	HEMOGRAMA	DOLOR EN ARTICULACION

Rendición a Institución

Página 1 de 1

Profesional : **4910 GAITAN SOFIA JORGELINA**
Condición IVA: EXENTO
Período Facturación : **FC-(A)-0014-00000661**

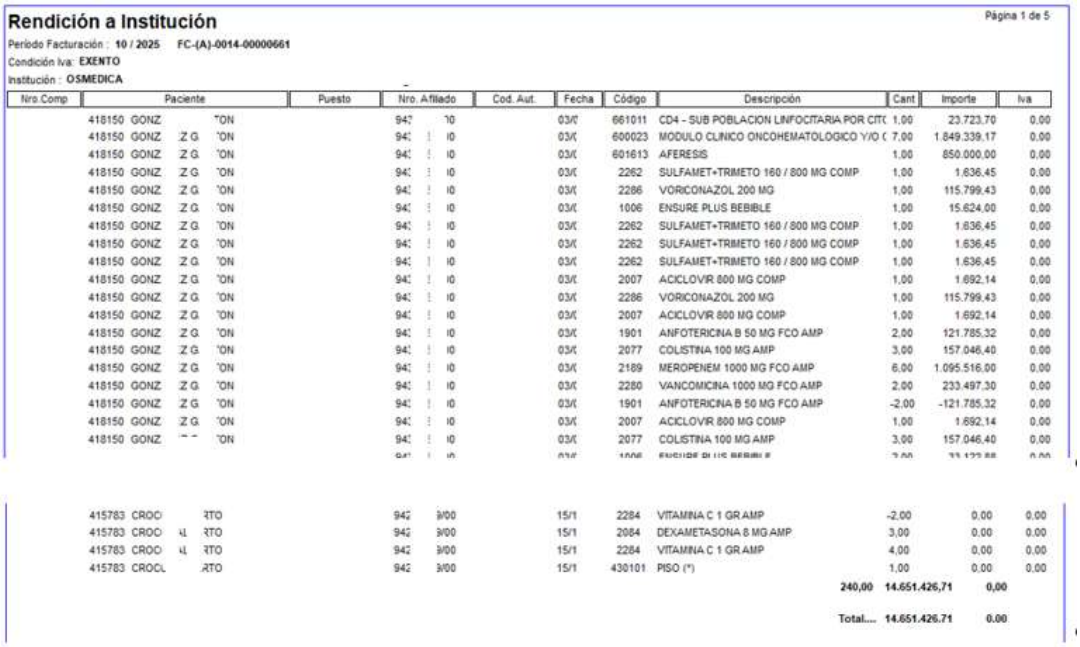
Institución: OSMEDICA

Fecha	Comp.	Paciente	Nro Afiliado	Plan	Código	Descripción	Diagnóstico
10/9/2025	7977	GONZ	:TON	)0	OBLIGATORIO	601613	AFERESIS	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Fecha	Comp.		Paciente	Nro Afiliado	Plan	Código	Descripción	Diagnóstico
15/10/2025	250	.1	CF	94	/00	OBLIGATORIO	4018	AGUJA DESC. 25/8	R EN ARTICULACION
							4020	AGUJA DESC. 50/8	R EN ARTICULACION
							4016	AGUJA DESC. 16/5	R EN ARTICULACION
							4013	AGUJA DESC AR 25 X 3.5 PT/ LAPIZ	R EN ARTICULACION
							4197	JERINGA DESC X 10 ML	R EN ARTICULACION
							2199	METOCLOPRAMIDA AMP	R EN ARTICULACION
							2084	DEXAMETASONA 8 MG AMP	R EN ARTICULACION
							2058	CEFAZOLINA 1 GR FCO AMP	R EN ARTICULACION
							4347	TEGADERM CHICO 6 x 7 CM	R EN ARTICULACION
							1834	MIDAZOLAM 15 MG AMP	R EN ARTICULACION
							1600	FENTANILO 250 UG AMP	R EN ARTICULACION
							1206	LIDOCAINA 2 % SIN EPI X 20 ML FCO AMP	R EN ARTICULACION
							1201	BUPIVACAINA 0.5 % SIN EPI 20 ML FCO AMP	R EN ARTICULACION
7/10/2025	2750	916	A/	94	/00	OBLIGATORIO	1843	QUETIAPINA 25 MG COMP	AGO CON CIATICA
4/10/2025	2750	936	C	94	00	OBLIGATORIO	1401	IOPAMIRON OPTIRAY FCO AMP X 50 ML	R ABDOMINAL LOCALIZADO EN E SUPERIOR

d_0006_rendicion_institucion_lezama

Nro. Comprobante / Apellido Nombre Paciente / Puesto / Nro. Afiliado / Cod. Aut. / Fecha / Código / Descripción / Cant / Importe / IVA.



Rendición a Institución

Página 1 de 5

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

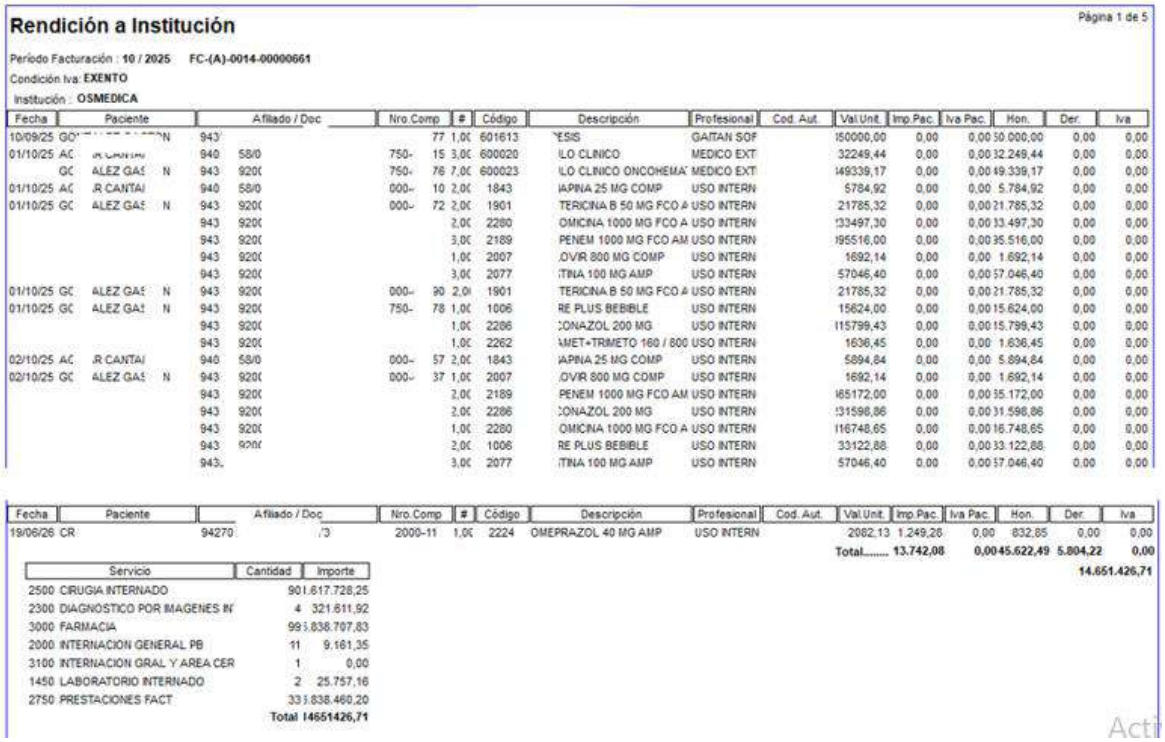
Condición Iva: **EXENTO**

Institución : **OSMEDICA**

Nro.Comp	Paciente	Puesto	Nro. Afiliado	Cod. Aut.	Fecha	Código	Descripción	Cant	Importe	Iva
	418150 GONZ *ON		942 10		03/(	661011	CD4 - SUB POBLACION LINFOCITARIA POR CITC	1,00	23.723,70	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	600023	MODULO CLINICO ONCOHEMATOLOGICO Y/O (	7,00	1.849.339,17	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	601613	AFERESIS	1,00	850.000,00	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	2262	SULFAMET+TRIMETO 160 / 800 MG COMP	1,00	1.636,45	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	2286	VORICONAZOL 200 MG	1,00	115.799,43	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	1006	ENSURE PLUS BEBIBLE	1,00	15.624,00	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	2262	SULFAMET+TRIMETO 160 / 800 MG COMP	1,00	1.636,45	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	2262	SULFAMET+TRIMETO 160 / 800 MG COMP	1,00	1.636,45	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	2262	SULFAMET+TRIMETO 160 / 800 MG COMP	1,00	1.636,45	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	2007	ACICLOVIR 800 MG COMP	1,00	1.692,14	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	2286	VORICONAZOL 200 MG	1,00	115.799,43	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	2007	ACICLOVIR 800 MG COMP	1,00	1.692,14	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	1901	ANFOTERICINA B 50 MG FCO AMP	2,00	121.785,32	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	2077	COLISTINA 100 MG AMP	3,00	157.046,40	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	2189	MEROPENEM 1000 MG FCO AMP	6,00	1.095.516,00	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	2280	VANCOMICINA 1000 MG FCO AMP	2,00	233.497,30	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	1901	ANFOTERICINA B 50 MG FCO AMP	-2,00	-121.785,32	0,00
	418150 GONZ Z G. *ON		94(! I0		03/(	2007	ACICLOVIR 800 MG COMP	1,00	1.692,14	0,00
	418150 GONZ *ON		94(! I0		03/(	2077	COLISTINA 100 MG AMP	3,00	157.046,40	0,00
	415783 CROC *RTO		942 9/00		15/1	2284	VITAMINA C 1 GR AMP	-2,00	0,00	0,00
	415783 CROC *L *RTO		942 9/00		15/1	2084	DEXAMETASONA 8 MG AMP	3,00	0,00	0,00
	415783 CROC *L *RTO		942 9/00		15/1	2284	VITAMINA C 1 GR AMP	4,00	0,00	0,00
	415783 CROCL *RTO		942 9/00		15/1	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
								240,00	14.651.426,71	0,00
								Total....	14.651.426,71	0.00

d_0006_rendicion_institucion_mons

Fecha / Apellido Nombre Paciente / Nro Afiliado – DNI / Nro. Comprobante / Cantidad / Descripción / Apellido Nombre Profesional / Cod. Aut / Valor Unit. / Imp. Paciente / Honorarios / Der. / IVA



Rendición a Institución

Página 1 de 5

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

Condición Iva: **EXENTO**

Institución : **OSMEDICA**

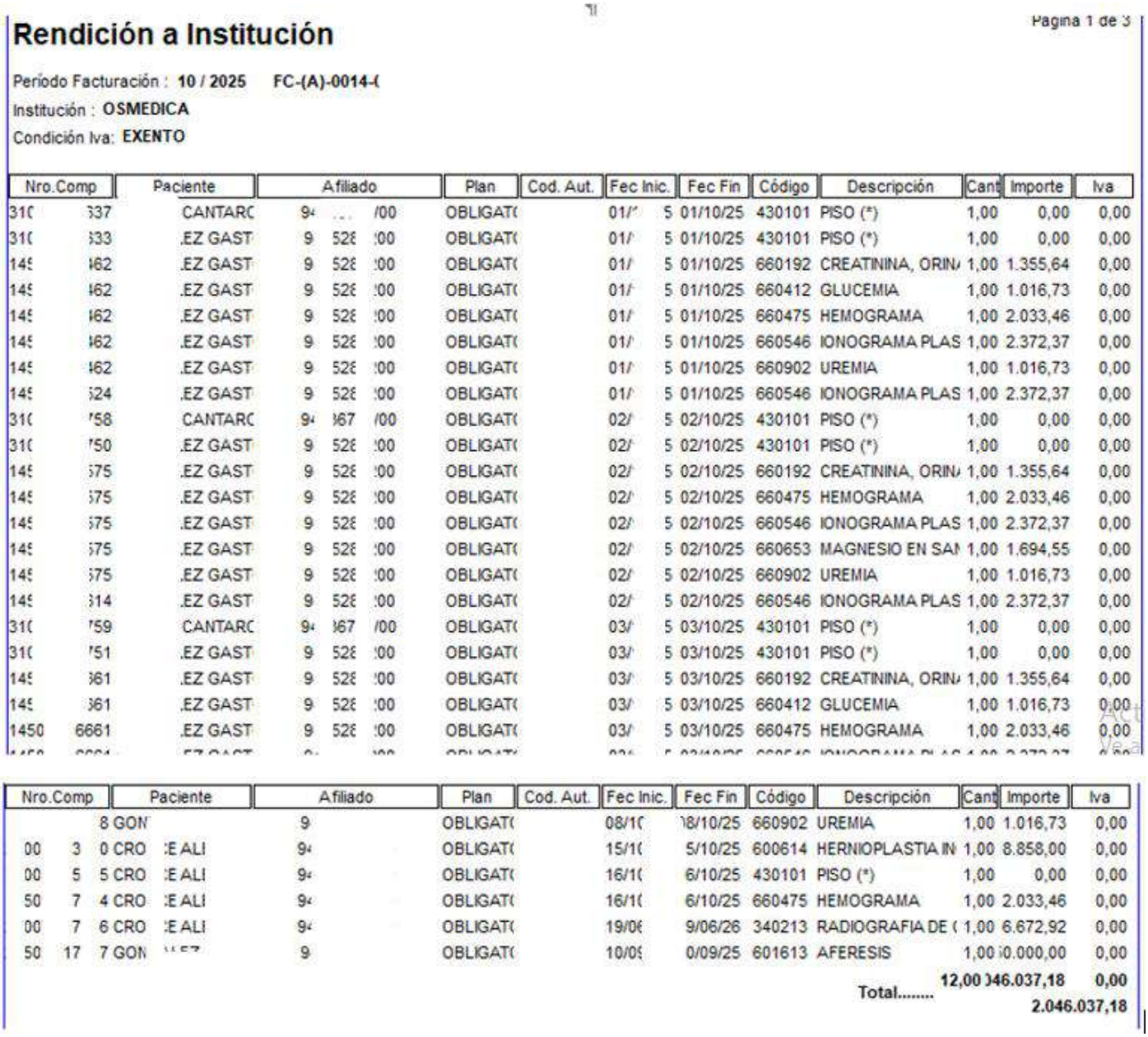
Fecha	Paciente	Afiliado / Doc	Nro.Comp	#	Código	Descripción	Profesional	Cod. Aut.	Val.Unit.	Imp.Pac.	Iva Pac.	Hon.	Der.	Iva
10/09/25 GO *N		943		77	1,0(601613	*ESIS	GAITAN SOF		150000,00	0,00	0,00	50.000,00	0,00	0,00
01/10/25 AC JR CANTAI		940 58/0	750-	15	3,0(600020	ILO CLINICO	MEDICO EXT		32249,44	0,00	0,00	32.249,44	0,00	0,00
GC ALEZ GAS N		943 920(	750-	76	7,0(600023	ILO CLINICO ONCOHEMA	MEDICO EXT		149339,17	0,00	0,00	49.339,17	0,00	0,00
01/10/25 AC JR CANTAI		940 58/0	000-	10	2,0(1843	IAPINA 25 MG COMP	USO INTERN		5784,92	0,00	0,00	5.784,92	0,00	0,00
01/10/25 GC ALEZ GAS N		943 920(	000-	72	2,0(1901	TERICINA B 50 MG FCO A	USO INTERN		21785,32	0,00	0,00	21.785,32	0,00	0,00
		943 920(			2,0(2280	OMICINA 1000 MG FCO A	USO INTERN		133497,30	0,00	0,00	33.497,30	0,00	0,00
		943 920(			3,0(2189	PENEM 1000 MG FCO AM	USO INTERN		195516,00	0,00	0,00	35.516,00	0,00	0,00
		943 920(			1,0(2007	OVIR 800 MG COMP	USO INTERN		1692,14	0,00	0,00	1.692,14	0,00	0,00
		943 920(			3,0(2077	ITINA 100 MG AMP	USO INTERN		57046,40	0,00	0,00	57.046,40	0,00	0,00
01/10/25 GC ALEZ GAS N		943 920(	000-	90	2,0(1901	TERICINA B 50 MG FCO A	USO INTERN		21785,32	0,00	0,00	21.785,32	0,00	0,00
01/10/25 GC ALEZ GAS N		943 920(	750-	78	1,0(1006	RE PLUS BEBIBLE	USO INTERN		15624,00	0,00	0,00	15.624,00	0,00	0,00
		943 920(			1,0(2286	ONAZOL 200 MG	USO INTERN		115799,43	0,00	0,00	15.799,43	0,00	0,00
		943 920(			1,0(2262	MET+TRIMETO 160 / 800	USO INTERN		1636,45	0,00	0,00	1.636,45	0,00	0,00
02/10/25 AC JR CANTAI		940 58/0	000-	57	2,0(1843	IAPINA 25 MG COMP	USO INTERN		5894,84	0,00	0,00	5.894,84	0,00	0,00
02/10/25 GC ALEZ GAS N		943 920(	000-	37	1,0(2007	OVIR 800 MG COMP	USO INTERN		1692,14	0,00	0,00	1.692,14	0,00	0,00
		943 920(			2,0(2189	PENEM 1000 MG FCO AM	USO INTERN		165172,00	0,00	0,00	35.172,00	0,00	0,00
		943 920(			2,0(2286	ONAZOL 200 MG	USO INTERN		131598,86	0,00	0,00	31.598,86	0,00	0,00
		943 920(			1,0(2280	OMICINA 1000 MG FCO A	USO INTERN		116748,65	0,00	0,00	16.748,65	0,00	0,00
		943 920(			2,0(1006	RE PLUS BEBIBLE	USO INTERN		33122,88	0,00	0,00	33.122,88	0,00	0,00
		943,			3,0(2077	ITINA 100 MG AMP	USO INTERN		57046,40	0,00	0,00	57.046,40	0,00	0,00

Fecha	Paciente	Afiliado / Doc	Nro.Comp	#	Código	Descripción	Profesional	Cod. Aut.	Val.Unit.	Imp.Pac.	Iva Pac.	Hon.	Der.	Iva
19/06/26 CR		94270 /3	2000-11	1,0(	2224	OMEPRAZOL 40 MG AMP	USO INTERN		2082,13	1.249,26	0,00	832,85	0,00	0,00
									Total.....	13.742,08	0,00	45.622,49	5.804,22	0,00
														14.651.426,71

Servicio	Cantidad	Importe
2500 CIRUGIA INTERNADO	90	1.617.728,25
2300 DIAGNOSTICO POR IMAGENES IN	4	321.611,92
3000 FARMACIA	99	8.838.707,83
2000 INTERNACION GENERAL PB	11	9.161,35
3100 INTERNACION GRAL Y AREA CER	1	0,00
1450 LABORATORIO INTERNADO	2	25.757,16
2750 PRESTACIONES FACT	33	3.838.460,20
	Total	14651426,71

d_0006_rendicion_institucion_kin

Nro. Comprobante / Apellido Nombre Paciente / Nro. Afiliado / Plan / Cod. Aut. / Fecha Inicio / Fecha Fin / Código / Descripción / Cantidad / Importe / IVA



Rendición a Institución

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-(**

Institución : **OSMEDICA**

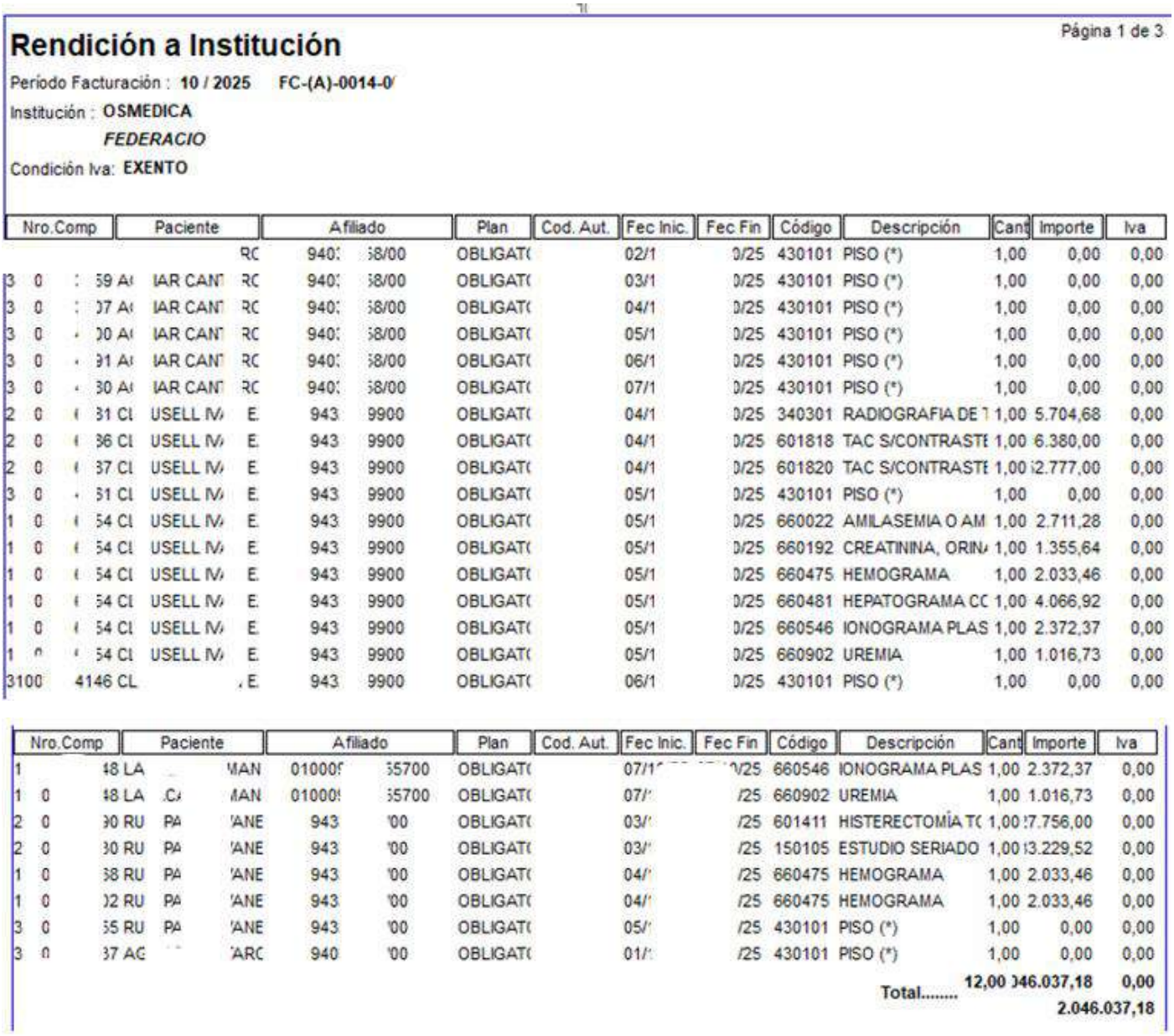
Condición Iva: **EXENTO**

Nro.Comp	Paciente	Afiliado	Plan	Cod. Aut.	Fec Inic.	Fec Fin	Código	Descripción	Cant	Importe	Iva
31(337	CANTARC	9 /00	OBLIGAT(		01/ 5	01/10/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
31(333	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		01/ 5	01/10/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
14(462	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		01/ 5	01/10/25	660192	CREATININA, ORIN	1,00	1.355,64	0,00
14(462	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		01/ 5	01/10/25	660412	GLUCEMIA	1,00	1.016,73	0,00
14(462	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		01/ 5	01/10/25	660475	HEMOGRAMA	1,00	2.033,46	0,00
14(462	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		01/ 5	01/10/25	660546	IONOGRAMA PLAS	1,00	2.372,37	0,00
14(462	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		01/ 5	01/10/25	660902	UREMIA	1,00	1.016,73	0,00
14(524	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		01/ 5	01/10/25	660546	IONOGRAMA PLAS	1,00	2.372,37	0,00
31(358	CANTARC	9 867 /00	OBLIGAT(		02/ 5	02/10/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
31(350	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		02/ 5	02/10/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
14(575	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		02/ 5	02/10/25	660192	CREATININA, ORIN	1,00	1.355,64	0,00
14(575	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		02/ 5	02/10/25	660475	HEMOGRAMA	1,00	2.033,46	0,00
14(575	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		02/ 5	02/10/25	660546	IONOGRAMA PLAS	1,00	2.372,37	0,00
14(575	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		02/ 5	02/10/25	660653	MAGNESIO EN SAI	1,00	1.694,55	0,00
14(575	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		02/ 5	02/10/25	660902	UREMIA	1,00	1.016,73	0,00
14(314	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		02/ 5	02/10/25	660546	IONOGRAMA PLAS	1,00	2.372,37	0,00
31(359	CANTARC	9 867 /00	OBLIGAT(		03/ 5	03/10/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
31(351	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		03/ 5	03/10/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
14(361	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		03/ 5	03/10/25	660192	CREATININA, ORIN	1,00	1.355,64	0,00
14(361	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		03/ 5	03/10/25	660412	GLUCEMIA	1,00	1.016,73	0,00
1450 6661	.EZ GAST	9 528 :00	OBLIGAT(		03/ 5	03/10/25	660475	HEMOGRAMA	1,00	2.033,46	0,00

Nro.Comp	Paciente	Afiliado	Plan	Cod. Aut.	Fec Inic.	Fec Fin	Código	Descripción	Cant	Importe	Iva
8 GON		9	OBLIGAT(		08/1(	8/10/25	660902	UREMIA	1,00	1.016,73	0,00
00 3 0 CRO	:E ALI	9	OBLIGAT(		15/1(	5/10/25	600614	HERNIOPLASTIA IN	1,00	8.858,00	0,00
00 5 5 CRO	:E ALI	9	OBLIGAT(		16/1(	6/10/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
50 7 4 CRO	:E ALI	9	OBLIGAT(		16/1(	6/10/25	660475	HEMOGRAMA	1,00	2.033,46	0,00
00 7 6 CRO	:E ALI	9	OBLIGAT(		19/0(	9/06/26	340213	RADIOGRAFIA DE (	1,00	6.672,92	0,00
50 17 7 GON		9	OBLIGAT(		10/0(	0/09/25	601613	AFERESIS	1,00	0.000,00	0,00
								Total.....	**12,00**	**046.037,18**	**0,00**
										2.046.037,18	

d_0006_rendicion_institucion_ki1

Nro Comprobante / Apellido Nombre Paciente / Nro Afiliado / Plan / Cod. Aut. / Fecha Inicio / Fecha Fin / Código / Descripción / Cantidad / Importe / IVA



Rendición a Institución

Página 1 de 3

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-0**

Institución : **OSMEDICA**

FEDERACIO

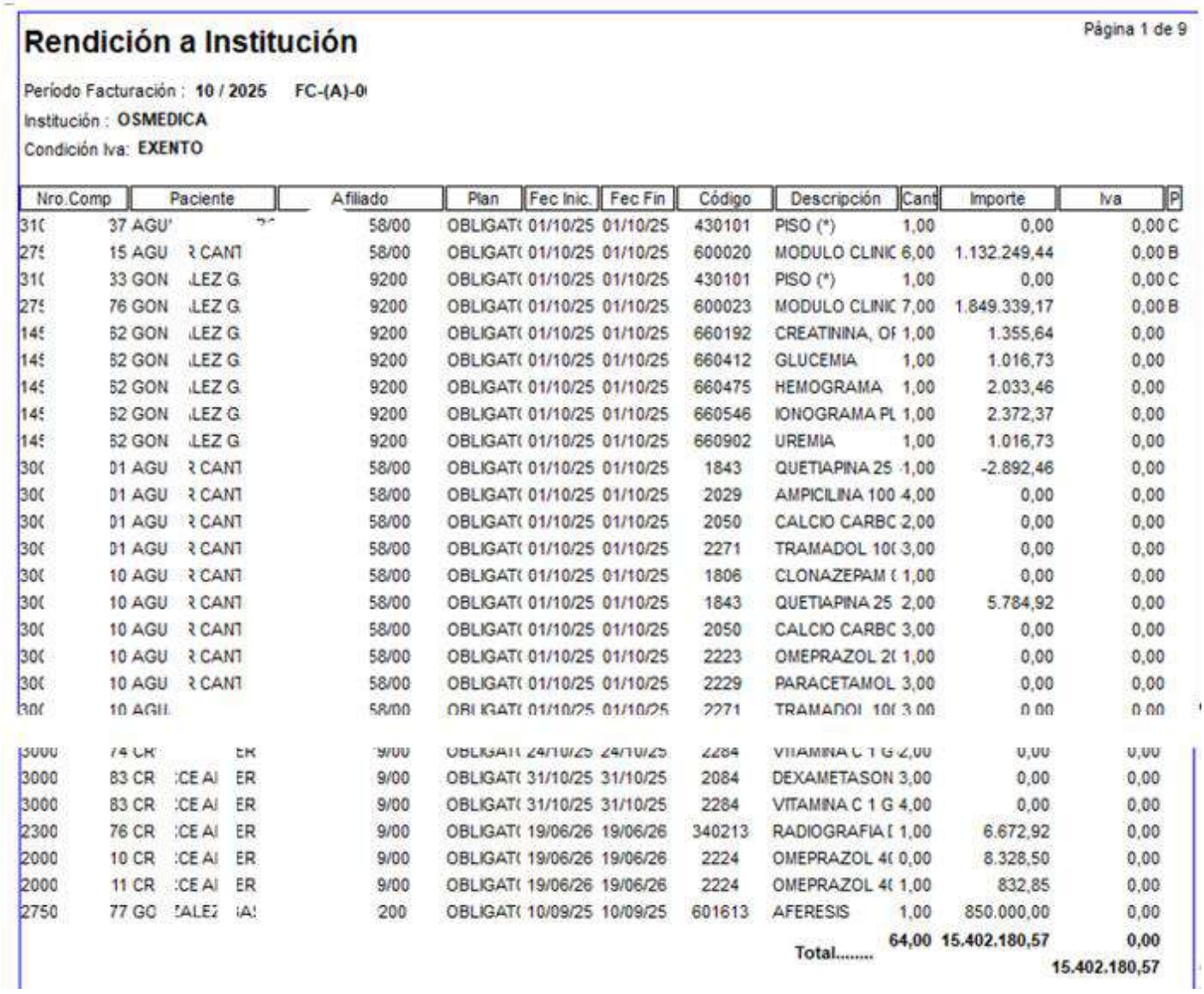
Condición Iva: **EXENTO**

Nro.Comp	Paciente	Afiliado	Plan	Cod. Aut.	Fec Inic.	Fec Fin	Código	Descripción	Cant	Importe	Iva
	RC	940: 38/00	OBLIGAT(		02/1	0/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
3 0 : 59 A	IAR CANT RC	940: 38/00	OBLIGAT(		03/1	0/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
3 0 : 07 A	IAR CANT RC	940: 38/00	OBLIGAT(		04/1	0/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
3 0 00 A	IAR CANT RC	940: 38/00	OBLIGAT(		05/1	0/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
3 0 31 A	IAR CANT RC	940: 38/00	OBLIGAT(		06/1	0/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
3 0 30 A	IAR CANT RC	940: 38/00	OBLIGAT(		07/1	0/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
2 0 31 CL	USELL M/ E.	943 9900	OBLIGAT(		04/1	0/25	340301	RADIOGRAFIA DE T	1,00	5.704,68	0,00
2 0 36 CL	USELL M/ E.	943 9900	OBLIGAT(		04/1	0/25	601818	TAC S/CONTRASTE	1,00	6.380,00	0,00
2 0 37 CL	USELL M/ E.	943 9900	OBLIGAT(		04/1	0/25	601820	TAC S/CONTRASTE	1,00	2.777,00	0,00
3 0 31 CL	USELL M/ E.	943 9900	OBLIGAT(		05/1	0/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
1 0 54 CL	USELL M/ E.	943 9900	OBLIGAT(		05/1	0/25	660022	AMILASEMIA O AM	1,00	2.711,28	0,00
1 0 54 CL	USELL M/ E.	943 9900	OBLIGAT(		05/1	0/25	660192	CREATININA, ORIN/	1,00	1.355,64	0,00
1 0 54 CL	USELL M/ E.	943 9900	OBLIGAT(		05/1	0/25	660475	HEMOGRAMA	1,00	2.033,46	0,00
1 0 54 CL	USELL M/ E.	943 9900	OBLIGAT(		05/1	0/25	660481	HEPATOGRAMA CC	1,00	4.066,92	0,00
1 0 54 CL	USELL M/ E.	943 9900	OBLIGAT(		05/1	0/25	660546	IONOGRAMA PLAS	1,00	2.372,37	0,00
1 0 54 CL	USELL M/ E.	943 9900	OBLIGAT(		05/1	0/25	660902	UREMIA	1,00	1.016,73	0,00
3100 4146 CL	E.	943 9900	OBLIGAT(		06/1	0/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00

Nro.Comp	Paciente	Afiliado	Plan	Cod. Aut.	Fec Inic.	Fec Fin	Código	Descripción	Cant	Importe	Iva
1	48 LA MAN	010005 35700	OBLIGAT(		07/1	0/25	660546	IONOGRAMA PLAS	1,00	2.372,37	0,00
1 0	48 LA MAN	010005 35700	OBLIGAT(		07/	/25	660902	UREMIA	1,00	1.016,73	0,00
2 0	90 RU PA 'ANE	943 '00	OBLIGAT(		03/	/25	601411	HISTERECTOMÍA TC	1,00	7.756,00	0,00
2 0	30 RU PA 'ANE	943 '00	OBLIGAT(		03/	/25	150105	ESTUDIO SERIADO	1,00	3.229,52	0,00
1 0	38 RU PA 'ANE	943 '00	OBLIGAT(		04/	/25	660475	HEMOGRAMA	1,00	2.033,46	0,00
1 0	02 RU PA 'ANE	943 '00	OBLIGAT(		04/	/25	660475	HEMOGRAMA	1,00	2.033,46	0,00
3 0	35 RU PA 'ANE	943 '00	OBLIGAT(		05/	/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
3 0	37 AC 'ARC	940 '00	OBLIGAT(		01/	/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00
								Total.....	**12,00**	**046.037,18**	**0,00**
										2.046.037,18	

d_0006_rendicion_institucion_ki3

Nro. Comprobante / Paciente / Nro. Afiliado / Plan / Fecha Inicio / Fecha Fin / Código / Descripción / Cantidad / Importe / IVA



Rendición a Institución

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0**

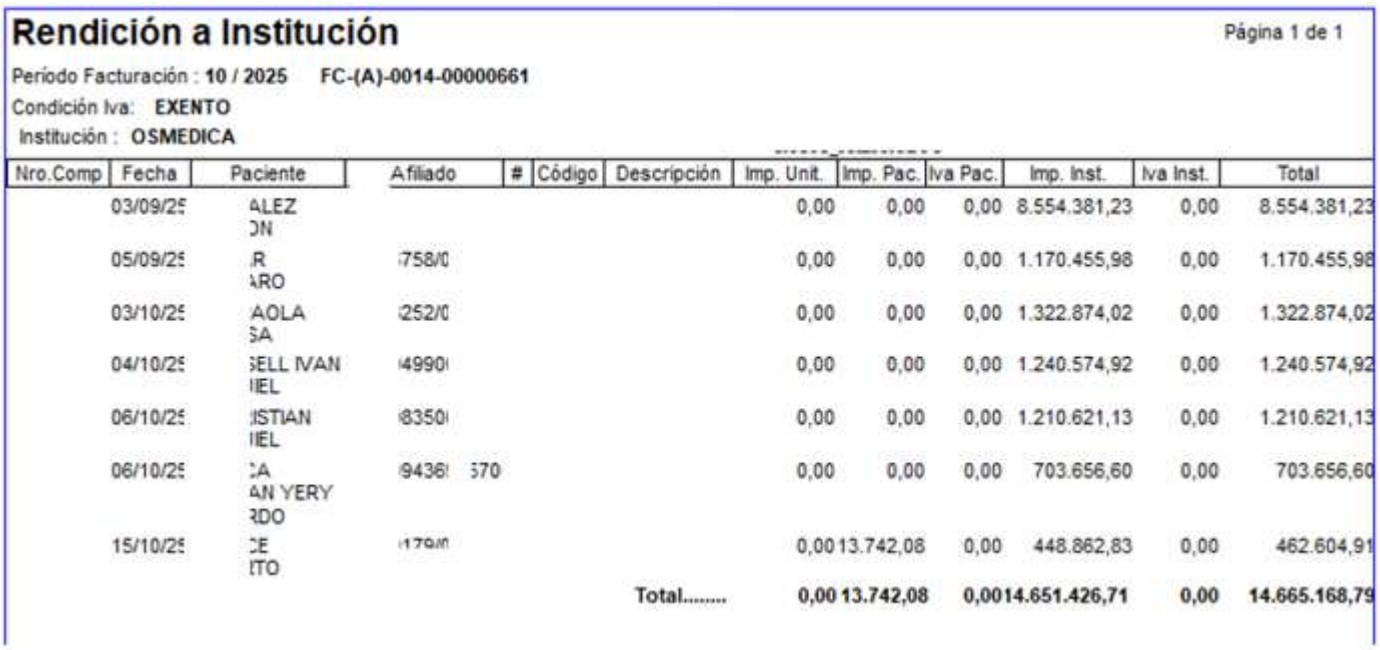
Institución : **OSMEDICA**

Condición Iva: **EXENTO**

Nro.Comp	Paciente	Afiliado	Plan	Fec Inic.	Fec Fin	Código	Descripción	Cant	Importe	Iva	P
31(	37 AGU'	58/00	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00	C
27!	15 AGU R CANT	58/00	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	600020	MODULO CLINIC	6,00	1.132.249,44	0,00	B
31(	33 GON LEZ G	9200	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	430101	PISO (*)	1,00	0,00	0,00	C
27!	76 GON LEZ G	9200	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	600023	MODULO CLINIC	7,00	1.849.339,17	0,00	B
14!	82 GON LEZ G	9200	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	660192	CREATININA, OI	1,00	1.355,64	0,00	
14!	82 GON LEZ G	9200	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	660412	GLUCEMIA	1,00	1.016,73	0,00	
14!	82 GON LEZ G	9200	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	660475	HEMOGRAMA	1,00	2.033,46	0,00	
14!	82 GON LEZ G	9200	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	660546	IONOGRAMA PL	1,00	2.372,37	0,00	
14!	82 GON LEZ G	9200	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	660902	UREMIA	1,00	1.016,73	0,00	
30(	01 AGU R CANT	58/00	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	1843	QUETIAPINA 25	1,00	-2.892,46	0,00	
30(	01 AGU R CANT	58/00	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	2029	AMPICILINA 100	4,00	0,00	0,00	
30(	01 AGU R CANT	58/00	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	2050	CALCIO CARBC	2,00	0,00	0,00	
30(	01 AGU R CANT	58/00	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	2271	TRAMADOL 10(	3,00	0,00	0,00	
30(	10 AGU R CANT	58/00	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	1806	CLONAZEPAM (	1,00	0,00	0,00	
30(	10 AGU R CANT	58/00	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	1843	QUETIAPINA 25	2,00	5.784,92	0,00	
30(	10 AGU R CANT	58/00	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	2050	CALCIO CARBC	3,00	0,00	0,00	
30(	10 AGU R CANT	58/00	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	2223	OMEPRAZOL 2(	1,00	0,00	0,00	
30(	10 AGU R CANT	58/00	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	2229	PARACETAMOL	3,00	0,00	0,00	
30(	10 AGU	58/00	OBLIGAT(	01/10/25	01/10/25	2271	TRAMADOL 10(	3,00	0,00	0,00	
3000	74 CR ER	9/00	OBLIGAT(	24/10/25	24/10/25	2284	VITAMINA C 1 G	2,00	0,00	0,00	
3000	83 CR CE AI ER	9/00	OBLIGAT(	31/10/25	31/10/25	2084	DEXAMETASON	3,00	0,00	0,00	
3000	83 CR CE AI ER	9/00	OBLIGAT(	31/10/25	31/10/25	2284	VITAMINA C 1 G	4,00	0,00	0,00	
2300	76 CR CE AI ER	9/00	OBLIGAT(	19/06/26	19/06/26	340213	RADIOGRAFIA I	1,00	6.672,92	0,00	
2000	10 CR CE AI ER	9/00	OBLIGAT(	19/06/26	19/06/26	2224	OMEPRAZOL 4(	0,00	8.328,50	0,00	
2000	11 CR CE AI ER	9/00	OBLIGAT(	19/06/26	19/06/26	2224	OMEPRAZOL 4(	1,00	832,85	0,00	
2750	77 GO ALEZ IA!	200	OBLIGAT(	10/09/25	10/09/25	601613	AFERESIS	1,00	850.000,00	0,00	
							Total.....	**64,00**	**15.402.180,57**	**0,00**	
										15.402.180,57	

d_0006_rendicion_institucion_itac_v

Nro. Comprobante / Fecha / Apellido Nombre Paciente / Afiliado / Cantidad / Código / Descripción / Imp. Unit / Imp. Pac. / IVA. Pac. / Imp. Inst. / IVA Inst. / Total



Rendición a Institución Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

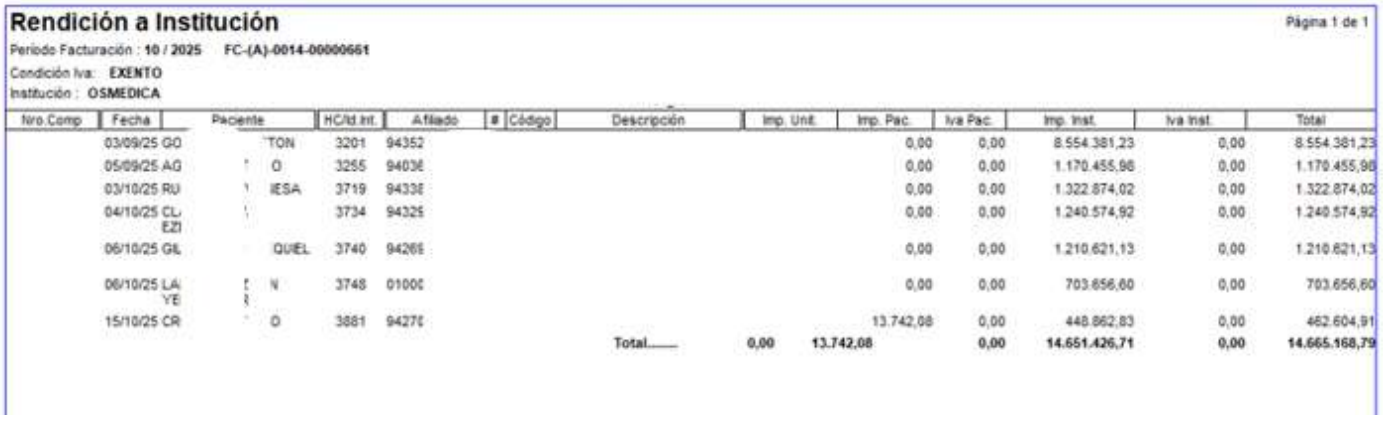
Condición Iva: **EXENTO**

Institución : **OSMEDICA**

Nro.Comp	Fecha	Paciente	Afiliado	#	Código	Descripción	Imp. Unit.	Imp. Pac.	Iva Pac.	Imp. Inst.	Iva Inst.	Total
	03/09/25	ALEZ ON					0,00	0,00	0,00	8.554.381,23	0,00	8.554.381,23
	05/09/25	R ARO	758/0				0,00	0,00	0,00	1.170.455,98	0,00	1.170.455,98
	03/10/25	AOLA SA	252/0				0,00	0,00	0,00	1.322.874,02	0,00	1.322.874,02
	04/10/25	SELL IVAN IEL	4990				0,00	0,00	0,00	1.240.574,92	0,00	1.240.574,92
	06/10/25	ISTIAN IEL	8350				0,00	0,00	0,00	1.210.621,13	0,00	1.210.621,13
	06/10/25	CA AN YERY RDO	9436	370			0,00	0,00	0,00	703.656,60	0,00	703.656,60
	15/10/25	CE ITO	17040				0,00	13.742,08	0,00	448.862,83	0,00	462.604,91
						Total.....	**0,00**	**13.742,08**	**0,00**	**14.651.426,71**	**0,00**	**14.665.168,79**

d_0006_rendicion_institucion_itac

Nro Comprobante / Fecha / Apellido Nombre Paciente / HC/Id. Int/ Afiliado / Cantidad / Código / Descripción / Imp. Unit / Imp. Paciente / IVA Inst. / IVA Inst. / Total



Rendición a Institución Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)-0014-00000661**

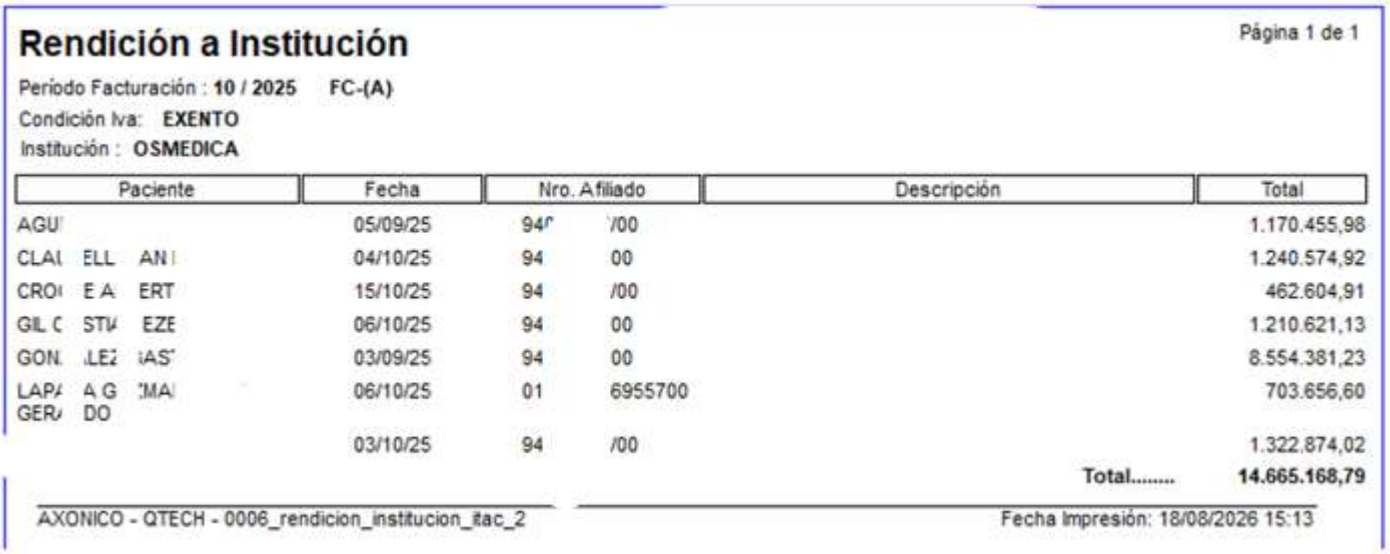
Condición Iva: **EXENTO**

Institución : **OSMEDICA**

Nro.Comp	Fecha	Paciente	HC/Id.Int.	Afiliado	#	Código	Descripción	Imp. Unit.	Imp. Pac.	Iva Pac.	Imp. Inst.	Iva Inst.	Total
	03/09/25 GO	TON	3201	94352					0,00	0,00	8.554.381,23	0,00	8.554.381,23
	05/09/25 AG	O	3255	94036					0,00	0,00	1.170.455,98	0,00	1.170.455,98
	03/10/25 RU	IESA	3719	94338					0,00	0,00	1.322.874,02	0,00	1.322.874,02
	04/10/25 CL EZI		3734	94325					0,00	0,00	1.240.574,92	0,00	1.240.574,92
	06/10/25 GIL	QUIEL	3740	94266					0,00	0,00	1.210.621,13	0,00	1.210.621,13
	06/10/25 LA YE	N	3748	01000					0,00	0,00	703.656,60	0,00	703.656,60
	15/10/25 CR	O	3881	94270					13.742,08	0,00	448.862,83	0,00	462.604,91
							Total.....	**0,00**	**13.742,08**	**0,00**	**14.651.426,71**	**0,00**	**14.665.168,79**

d_0006_rendicion_institucion_itac_2

Apellido Nombre Paciente / Fecha / Nro. Afiliado / Descripción / Total



Rendición a Institución

Página 1 de 1

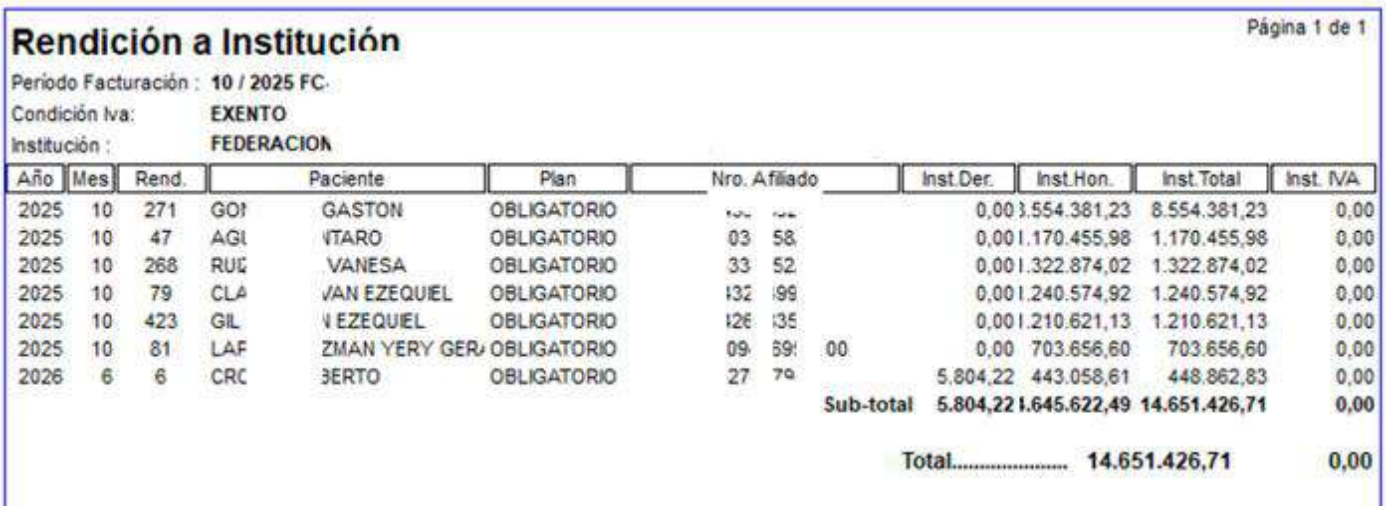
Período Facturación : **10 / 2025** **FC-(A)**
Condición Iva: **EXENTO**
Institución : **OSMEDICA**

Paciente	Fecha	Nro. Afiliado	Descripción	Total
AGU	05/09/25	94 /00		1.170.455,98
CLA ELL AN	04/10/25	94 00		1.240.574,92
CRO E A ERT	15/10/25	94 /00		462.604,91
GIL C STI EZE	06/10/25	94 00		1.210.621,13
GON LEZ AS	03/09/25	94 00		8.554.381,23
LAP A G MA GER DO	06/10/25	01 6955700		703.656,60
	03/10/25	94 /00		1.322.874,02
			Total.....	**14.665.168,79**

AXONICO - QTECH - 0006_rendicion_institucion_itac_2 Fecha Impresión: 18/08/2026 15:13

d_0006_rendicion_institucion_hirsch

Año / Mes / Rend. / Apellido Nombre Paciente / Plan / Nro. Afiliado / Inst. Der. / Inst. Hon. / Inst. Total / Inst. IVA



Rendición a Institución

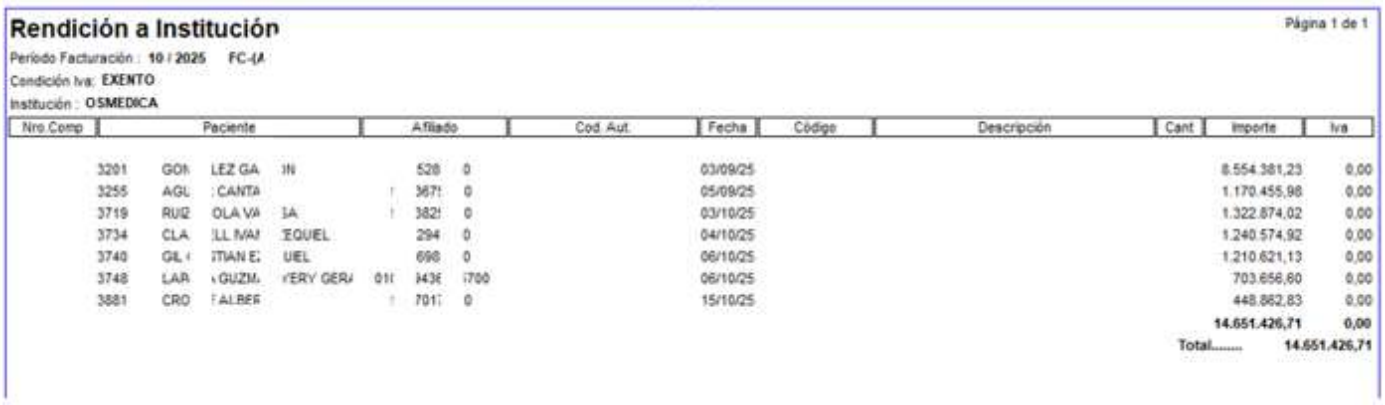
Página 1 de 1

Período Facturación : **10 / 2025 FC**
Condición Iva: **EXENTO**
Institución : **FEDERACION**

Año	Mes	Rend.	Paciente	Plan	Nro. Afiliado	Inst.Der.	Inst.Hon.	Inst.Total	Inst. IVA
2025	10	271	GOI GASTON	OBLIGATORIO		0,00	8.554.381,23	8.554.381,23	0,00
2025	10	47	AGI ITARO	OBLIGATORIO	03 58	0,00	1.170.455,98	1.170.455,98	0,00
2025	10	268	RUI VANESA	OBLIGATORIO	33 52	0,00	1.322.874,02	1.322.874,02	0,00
2025	10	79	CLA VAN EZEQUIEL	OBLIGATORIO	32 99	0,00	1.240.574,92	1.240.574,92	0,00
2025	10	423	GIL I EZEQUIEL	OBLIGATORIO	26 35	0,00	1.210.621,13	1.210.621,13	0,00
2025	10	81	LAF ZMAN YERY GER	OBLIGATORIO	09 59 00	0,00	703.656,60	703.656,60	0,00
2026	6	6	CRC BERTO	OBLIGATORIO	27 79	5.804,22	443.058,61	448.862,83	0,00
						Sub-total **5.804,22**	**1.645.622,49**	**14.651.426,71**	**0,00**
							Total.....	**14.651.426,71**	**0,00**

d_0006_rendicion_institucion_fleming

Nro. Comp / Paciente / Afiliado / Cod. Aut. / Fecha / Código / Descripción / Cantidad / Importe / IVA



Rendición a Institución Página 1 de 1

Período Facturación : 10 / 2025 FC-(A

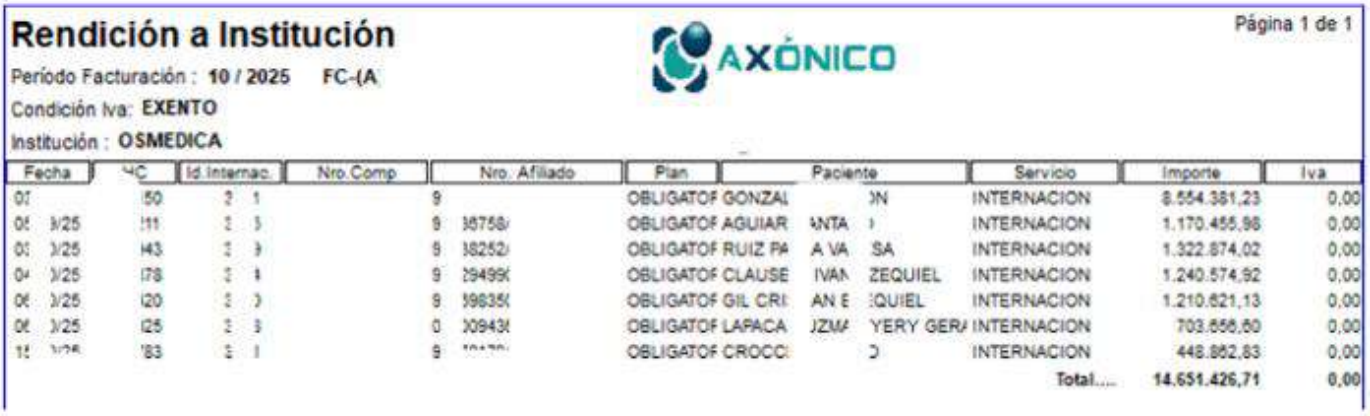
Condición Iva: EXENTO

Institución : OSMEDICA

Nro.Comp	Paciente			Afiliado		Cod. Aut.	Fecha	Código	Descripción	Cant.	Importe	Iva
3201	GON	LEZ GA	IN	528	0		03/09/25				8.554.381,23	0,00
3255	AGU	CANTA		367	0		05/09/25				1.170.455,98	0,00
3719	RUIZ	OLA VA	SA	382	0		03/10/25				1.322.874,02	0,00
3734	CLA	LL IVA	EQUIEL	294	0		04/10/25				1.240.574,92	0,00
3740	GIL	ITIAN E	UIEL	698	0		06/10/25				1.210.621,13	0,00
3748	LAR	GUZM	YERY GERA	011	436	700	06/10/25				703.656,60	0,00
3881	CRO	ALBER			701	0	15/10/25				448.862,83	0,00
											14.651.426,71	0,00
										Total.....		14.651.426,71

d_0006_rendicion_institucion_fleming2

Fecha / Historia Clínica / Id. Internación / Nro. Comprobante / Nro. Afiliado / Plan / Apellido Nombre Paciente / Servicio / Importe / IVA



Rendición a Institución Página 1 de 1

Período Facturación : 10 / 2025 FC-(A

Condición Iva: EXENTO

Institución : OSMEDICA

Fecha	HC	Id.Internac.	Nro.Comp	Nro. Afiliado	Plan	Paciente	Servicio	Importe	Iva
07	50	2 1	9		OBLIGATOF	GONZAL ON	INTERNACION	8.554.381,23	0,00
05 /25	11	2 3	9	36758	OBLIGATOF	AGUIAR ANTA	INTERNACION	1.170.455,98	0,00
03 /25	43	2 4	9	38252	OBLIGATOF	RUIZ PA A VA SA	INTERNACION	1.322.874,02	0,00
04 /25	78	2 4	9	29499	OBLIGATOF	CLAUSE IVAN ZEQUIEL	INTERNACION	1.240.574,92	0,00
06 /25	20	2 3	9	39835	OBLIGATOF	GIL CRI AN E QUIEL	INTERNACION	1.210.621,13	0,00
06 /25	25	2 3	0	30943	OBLIGATOF	LAPACA JZM YERY GERA	INTERNACION	703.656,60	0,00
15 /25	83	2 1	9		OBLIGATOF	CROCC O	INTERNACION	448.862,83	0,00
							Total....	14.651.426,71	0,00